



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Lista de espera y oferta hospitalaria para cirugía
pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de
Lima durante el año 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

Br. Mercedes Salas Lor.

ASESOR

Dr. Mitchel Alarcón Díaz

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las prestaciones asistenciales.

PERÚ-2018

.....
Dr. Juan Méndez Vergaray
Presidente

.....
Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osore
Secretario

.....
Dr. Mitchell Alarcón Díaz
Vocal

Dedicatoria

A mis queridas hijas, porque ellas son mi motor para seguir adelante día a día. A mi madre, por su apoyo incondicional durante toda mi vida. A mi amado, por ser el compañero que siempre quise tener. A todos los profesores de los que he aprendido a lo largo de todos estos años y finalmente a todos los pacientes, pues hacia ellos van encaminados todos nuestros esfuerzos.

Agradecimiento

A todos aquellos compañeros y amigos de trabajo que desinteresadamente colaboraron conmigo con la mejor disposición, para la realización del presente trabajo de investigación.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Mercedes Salas Lor, médico especialista en Cirugía de Tórax y Cardiovascular y estudiante de la escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo; declaro que el trabajo académico titulado “Lista de espera y oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima año 2015” es presentado, en folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de Servicios de la Salud es de mi entera autoría. Por lo tanto declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, mayo de 2017.

Br. Mercedes Salas Lor.

DNI 09481408

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presentamos ante ustedes la Tesis titulada *“Lista de espera y oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima año 2015”*, la misma que someto a vuestra consideración esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

Los contenidos que se desarrollan son:

I: Introducción: En esta parte se hace una panorámica sobre el tema planteándose la situación problemática y la intencionalidad del proyecto de investigación manifestada en los objetivos. Como marco teórico se narran los antecedentes y el marco teórico.

II: Marco Metodológico: En esta parte se precisa el tipo de investigación, diseño, variables y su operacionalización, se precisan los métodos y técnicas de obtención de datos, se define la población y se determina la muestra. Por último se señala el tipo de análisis de los datos.

III: Resultados: Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos propuestos, para ello se utilizaron gráficos y tablas donde se sistematizaron los datos obtenidos en la investigación.

IV: Discusión: Se comparan los resultados obtenidos con otros obtenidos por otros investigadores, citados en los antecedentes

V: Conclusiones: Se sintetizan los resultados y se formulan a manera de respuestas a los problemas planteados en la introducción.

VI: Recomendaciones: Emergen de las discusiones del estudio. Están orientados a las autoridades del sector y también a los investigadores.

VII: Referencias Bibliográficas contiene la lista de todas las citaciones contenidas en el cuerpo de la tesis.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Atentamente

Br. Mercedes Salas Lor.

Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración Jurada	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	x
Abstract	x
 I Introducción	
1.1 Antecedentes Internacionales	13
1.2 Antecedentes Nacionales	13
1.3 Fundamentación científica, técnica y humanística	16
1.4 Justificación	21
1.5 Problema	22
1.6 Objetivos	25
II Marco metodológico	
2.1 Variables	27
2.2 Operacionalización de variables	29
2.3 Metodología	30
2.4 Tipo de estudio	31
2.5 Diseño	31
2.6 Población, muestra y muestreo	31
2.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	31
2.8 Métodos de análisis de datos	33
III. Resultados	34
IV Discusión	60
V Conclusiones	66
VI Recomendaciones	68
VII Referencias	70
VIII Anexos	74

Índice de tablas

Tabla 1.Variable 1 lista de espera	29
Tabla 2 Variable 2 oferta hospitalaria	30
Tabla 3 Tiempo de espera y oferta hospitalaria	34
Tabla 4Características de los pacientes sometidos a cirugía pulmonar	36
Tabla 5 Genero en pacientes de cirugía pulmonar	39
Tabla 6 Lugar de procedencia	40
Tabla 7 Nivel educativo	41
Tabla 8 Ocupación	42
Tabla 9 Nivel socio economico	43
Tabla 10 Estado civil	44
Tabla 11 Grado de dependencia de los pacientes	45
Tabla 12 Personas dependen de los pacientes	46
Tabla 13 Forma del ingreso de los pacientes	47
Tabla 14 Diagnóstico de los pacientes	48
Tabla 15 Disnea en los pacientes	49
Tabla 16 Hemoptisis en los pacientes	50
Tabla 17 Dias de espera para hospitalizacion	51
Tabla 18 Dias de espera para la intervención quirúrgica	52
Tabla 19 Grado de cumplimiento de los estandares	53

Índice de figuras

Figura 1 Línea del tiempo de la lista de espera	18
Figura 2 Diagrama de la realidad programática	24
Figura 3 Edad en años	37
Figura 4 Tiempo de enfermedad	38
Figura 5 Género	39
Figura 6 Lugar de procedencia	40
Figura 7 Nivel educativo	41
Figura 8 Ocupación	42
Figura 9 Nivel socio económico	43
Figura 10 Estado civil	44
Figura 11 Dependencia del paciente de otros	45
Figura 12 Personas que dependen del paciente	46
Figura 13 Forma de ingreso	47
Figura 14 Diagnóstico	48
Figura 15 Presencia de disnea	49
Figura 16 Presencia de hemoptisis	50
Figura 17 Días de espera para la hospitalización	51
Figura 18 Días de espera para la intervención quirúrgica	52
Figura 19 Rendimiento hora médico por mes	54
Figura 20 Grado de utilización de consultorio por mes	54
Figura 21 Concentración de consultas por mes	55
Figura 22 Grado de cumplimiento hora médico por mes	55
Figura 23 Porcentaje de utilización de camas por mes	56
Figura 24 Promedio de permanencia por mes	56
Figura 25 Intervalo de sustitución de cama por mes	57
Figura 26 Rendimiento de quirófano por mes	57
Figura 27 Porcentaje de operaciones suspendidas/mes	58
Figura 28 Porcentaje de operaciones de emergencia/mes	58
Figura 29 Tasa de re intervenciones/mes	59

Resumen

Problema: El servicio de cirugía torácica del Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra con un déficit en sus indicadores hospitalarios y por ello, también de una mala utilización de sus recursos. El objetivo de la presente investigación fue el determinar cuáles son las características de la lista de espera y los atributos de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

La metodología usada es el de un estudio de enfoque cuantitativo, tipo básico, nivel descriptivo, no experimental, transversal; en el cual se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a cirugía pulmonar electiva y se analizaron los indicadores hospitalarios, tanto en consulta externa, hospitalización y el centro quirúrgico para el año 2015.

Las conclusiones son: la población que integra la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es predominantemente adulta joven, masculina, económicamente activa y con personas que dependen social y económicamente del paciente. La mitad de estos pacientes proviene del interior del país. Los diagnósticos predominantes en los pacientes que se operan son consecuencia de enfermedades infecciosas crónicas pulmonares como la hidatidosis pulmonar y las secuelas de la enfermedad tuberculosa. La hemoptisis y la dificultad respiratoria son signos clínicos tomados en cuenta al momento de indicar la hospitalización de los pacientes.

El tiempo de espera total del paciente desde que es evaluado por primera vez por el cirujano de tórax hasta que es efectivamente operado es de 60 días en promedio en la mayoría de los casos. Al evaluar la oferta hospitalaria a través de los indicadores hospitalarios tanto en la consulta externa, en la hospitalización y en el centro quirúrgico, ésta resulta ser deficiente, al compararlos con los estándares establecidos.

Palabras clave: Lista de espera, oferta hospitalaria, cirugía pulmonar.

Abstract

Problem summary: The service of thoracic surgery of the Hospital Nacional Hipólito Unanue meets a deficit in its hospital indicators and therefore also of misuse of their resources. The objective of this research was to determine what are the characteristics of the waiting list and attributes of the hospital offer for Lung Surgery in the National Hospital Hipólito Unanue in Lima.

The methodology used is that of a study of quantitative approach, basic type, descriptive level, not experimental, cross; in which we reviewed the medical records of all patients undergoing elective pulmonary surgery and analyzed hospital indicators, both in outpatient, inpatient and surgical Center by the year 2015.

The conclusions are: the population comprising the waiting list for Lung Surgery in the Hospital Nacional Hipólito Unanue is predominantly young, male, adult, economically active and with people who rely on socially and economically from the patient. Half of these patients come from the interior of the country. The predominant diagnoses in patients who are operated on are a result of pulmonary chronic infectious diseases such as pulmonary hydatidosis and the aftermath of tuberculous disease. Hemoptysis and breathlessness are clinical signs taken into account at the time of hospitalization of patients indicate. The total time-out period for the patient since it is evaluated for the first time by the surgeon's chest until it is actually operated is 60 days on average in most of the cases. Evaluating the hospital offer through hospital indicators both in the external consultation, hospitalization and surgical Center, this turns out to be poor, compared with established standards.

Key words: Waiting list, hospital offer, lung surgery.

I. Introducción

Antecedentes de la investigación

1.1 Antecedentes Internacionales.

(Aguirre y Lungo, 2013) Presentó un trabajo que tuvo como objetivo analizar el aumento de la lista de espera en las intervenciones quirúrgicas en diferentes subespecialidades quirúrgicas en un hospital en Costa Rica, tesis para obtener el grado de Magister, en el Hospital Monseñor Sanabria, entre los años 2009 al 2012. El estudio fue retrospectivo y descriptivo. La muestra fueron 2073 enfermos de la lista de espera de Cirugía General, Oftalmología y Ortopedia. El instrumento fue una hoja de recolección de datos elaborada en base a los expedientes médicos, los registros de la Lista de Espera quirúrgica de las tres subespecialidades y las atenciones con los especialistas y con los trabajadores informáticos que procesan la data. Los datos fueron tabulados y procesados con el paquete Office 2007. La tesis indica que es necesario fijar periodos tope para la intervención que sean consensuados, en base al tipo de procedimiento que el enfermo necesita. También se debe de considerar la edad, la presencia de otras enfermedades, el impacto en la opinión pública, los costos socioeconómicos. Todos estos aspectos darán lugar a una correcta gestión en las listas de espera con un nuevo modelo de priorización en donde no sólo se tome en cuenta el tiempo. Así mismo propone que se gestione de mejor forma los quirófanos, para así mejorar las oportunidades a las cirugía prioritarias; y esto deberá ir acompañado de un mejor tratamiento de los indicadores hospitalarios del centro quirúrgico.

(Letelier, 2013) Elaboró una investigación referida a describir como se encuentran las listas de espera para la primera interconsulta en una institución de salud en Maipú, la misma que fue presentada para optar al Grado de Magíster en Salud Pública. El diseño utilizado fue el de un estudio descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. Se estudiaron los formatos de consultas nuevas o los de transferencia de los enfermos que acudieron en Maipú y Cerrillos entre los meses de abril y octubre 2011. El instrumento fue la hoja de cálculo que consolidaba y analizaba la data y además un registro de todo lo hasta el momento procesado. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.

El investigador realiza las siguientes recomendaciones: que los recursos disponibles deben usarse para conseguir que no exista ningún enfermo en lista de espera; que debemos saber cuáles son las aspiraciones de los pacientes ya que no sólo la consulta propiamente dicha es lo más importante para ellos; que los gestores del establecimiento, son quienes conducen las acciones buscando cumplir las metas que provienen de más arriba; y que la forma de administrar debe buscar centrarse en el paciente y no centrarse en la institución de salud.

(Cisneros, 2010) Presentó un trabajo de investigación dirigido al mejoramiento de la administración de los servicios de cirugía de un hospital pediátrico chileno, con el que opta el grado de magíster en ingeniería de negocios con tecnologías de información, el cual tuvo como objetivo general el priorizar las listas de espera, con la finalidad de ofrecer a los pacientes pediátricos que esperan una operación, una espera razonada, real y con equidad, corrigiendo las fallas en la gestión de pacientes.. Se realizó el rediseño de los procesos según la propuesta de la ingeniería de negocios y de los conceptos empresariales. Para la elaboración de la red de los procesos se sistematizó en base a los datos dados por los doctores, atendiendo primero a aquellos enfermos a través de la clasificación de las enfermedades diagnósticos en períodos topes de espera. La investigadora concluyó que la priorización de la lista de espera se debe hacer en base a criterios médicos claros, a la gravedad de la enfermedad y no sólo al tiempo de espera. También debe ser tomada en cuenta la necesidad social de la persona como por ejemplo el vivir en soledad, el tener bajo responsabilidad a otras personas, el residir en lugares apartados. Para ello propone la sistematización informática de las listas de espera teniendo en cuenta todos éstos criterios mencionados.

1.2 Antecedentes nacionales

(Podesta, 2012) Realizó en nuestro país un trabajo de investigación con el objetivo de determinar qué tipo de atención reciben los enfermos candidatos a cirugía y que eran transferidos desde los centros periféricos hacia un hospital de mayor complejidad en EsSalud de Vitarte. Presentada para optar el Grado de Magister de Gerencia de Servicios de Salud con mención en Seguros y Seguridad Social

en Salud. El diseño utilizado fue no experimental, correlacional, descriptivo, y el enfoque cuantitativo. La muestra fue de 1000 enfermos. El instrumento utilizado fue el SERVQUAL. Para el procesamiento de la información se hizo uso de hoja de cálculo y del software estadístico SPSS 19.0, los descriptivos fueron la media aritmética y la desviación estándar. El autor de la tesis establece las siguientes sugerencias respecto a las listas de espera: primero, tener un trato más humano con los pacientes; segundo, establecer criterios estandarizados para gestionar las listas de espera quirúrgica; tercero, caracterizar apropiadamente los desempeños y compromisos de los diferentes niveles de gestión de las listas de espera quirúrgica y por último que se lleven a cabo el monitoreo del funcionamiento y de la calidad de las listas de espera quirúrgica.

(Hermoza, 2006) Llevó a cabo el trabajo de investigación que tuvo como objetivo general el analizar la oferta de servicios pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad en EsSalud. Dicho trabajo fue elaborado para optar el Grado de Doctor en Medicina. El diseño fue el de un estudio descriptivo y observacional de los Servicios dirigido a la atención pediátrica quirúrgica y no quirúrgica, tanto de emergencia como de patologías sub agudas y crónicas y de cuidados críticos en el Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins". Se revisaron sus datos oficiales reportadas por el área respectiva de la institución durante cinco años (1998 a 2003) en consultorio, internamiento y sala de operaciones. Al finalizar el análisis, el autor concluye que: en relación a la demanda que hay un mal uso de los cupos ofertados en consulta externa, que la demanda real no llega a superar a la oferta, y que un gran porcentaje de enfermedades podrían y deberían ser resueltas en los centros asistenciales de niveles inferiores. En cuanto a la oferta, existe un déficit de uso de la capacidad instalada en la atención ambulatoria, los centros asistenciales de niveles inferiores no contienen a la demanda, los mayores recursos disponibles para el internamiento de la red Rebagliati están reunidas en el hospital y finalmente que no existe una adecuada gestión de las referencias y de las contra referencias.

1.3 Fundamentación científica, técnica o humanística

Los sistemas sanitarios públicos en casi todos los países, cuentan con numerosas dificultades derivadas de su capacidad de brindar atención a los enfermos a bajos o nulos costos para el bolsillo del usuario, lo que ocasiona un incremento de la demanda por los mismos. Dentro de las dificultades más documentadas (Monge et al 2014; Rodríguez, Álvarez y Abad 2008; Morera 2014; Letelier 2013; Díaz, Osada 2015; Vélez et al 2015; Elorza et al 2012; Abásolo; Negrín y Pinilla 2014; Sueiras; Calabuig; Vallet, y P, 2002; Allepuz; Espallargues y Martínez, 2009) se incluyen a los tiempos de espera para la realización de cualquiera de las atenciones que se ofrecen, como por ejemplo: la atención en consulta externa, la realización de algún procedimiento como un electrocardiograma, una endoscopia y por supuesto, la realización de una intervención quirúrgica electiva.

Para (Robledo, 2012) el concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian es: el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes. (p.173)

Estos mismos preceptos fueron adoptados por el Ministerio de Salud en nuestro país, plasmándose en políticas de salud que actualmente tienen carácter de ley.

(MINSA, 2009) En referencia a la calidad se menciona que instituye un desafío para todo sistema de salud. En los países pobres, se deben sugerir planes que acomoden la mejora de la calidad de forma completa, enérgica y llevadera; esto obliga a nuestros gestores en salud Autoridad Sanitaria, a enunciar las estrategias que coloquen la conducta de las instituciones públicas en adición a otros integrantes hacia su perfeccionamiento.

A continuación, las definiciones teóricas y operacionales de las variables lista de espera y oferta hospitalaria, y de sus respectivas dimensiones.

Variable 1: Lista de espera

Definiciones

(Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P., 2008)“La existencia de listas de espera responde al hecho de que la recepción de un determinado servicio no lleva implícito el pago de ningún precio, lo que suele provocar una demanda de servicios superior a la oferta disponible”. (p. 702)

(Saboya, 2005)Menciona en su tesis que la lista de espera debe ser medida a través de las personas existentes en dicha lista y por el tiempo de espera (p.53)

Dimensiones

Las personas en la lista de espera

(Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O., 2009)Establece que son criterios importantes de las personas en la lista de espera los siguientes (p.188).

- Género
- Edad
- Nivel socio económico
- Nivel educativo
- Procedencia
- Estado civil
- Personas a su cargo
- Dependencia de otras personas
- Ocupación
- Diagnostico
- Gravedad: para nuestro tipo de paciente si existe hemoptisis o disnea
- Administrativos: Forma del ingreso y estudio preoperatorio completo.

Dimensión 2

El tiempo de espera

(Saboya, 2005) De acuerdo a este autor, el tiempo de espera para la atención de los pacientes tiene dos etapas:

Tiempo de espera para la hospitalización: es el número de días que transcurren entre la primera evaluación por el médico cirujano de tórax y la hospitalización

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica: número de días que transcurren entre la hospitalización y la intervención quirúrgica.

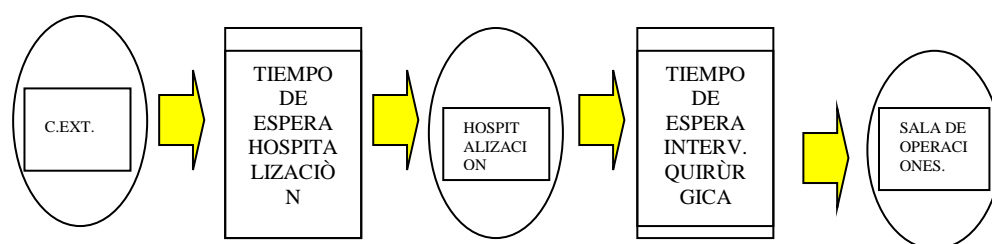


Figura 1 La línea del tiempo en la lista de espera

Modificado de Cuervo, Varela, y Belenes (1994)

Variable2: Oferta hospitalaria

Definiciones

(Pérez, 2015)“La oferta en salud el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población ya sea de forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero” (sp)

(Arredondo,A y Recaman, A., 2002) la oferta estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento que caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos (p. 43).

Derivado de la figura que muestra la línea del tiempo de espera (Modificado de Cuervo, J; Varela, J; y Belenes, R 1994) se aprecia que la oferta hospitalaria para el paciente que se opera, se expresa en tres etapas bien definidas: la consulta externa, la hospitalización y la sala de operaciones o centro quirúrgico.

Dimensiones de la variable oferta hospitalaria

La oferta en consulta externa

(MINSA, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA, 2013) De acuerdo a su documento técnico Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, la oferta hospitalaria en consulta externa puede ser evaluada a través de los indicadores hospitalarios siguientes:

Rendimiento hora médico (p. 35)

Es el cociente entre el número de atenciones médicas en consulta externa y el número de horas efectivas. **Estándar 4.**

Utilización de consultorio (pág. 37)

Es el cociente entre los consultorios funcionales y los físicos. **Estándar 2.**

Concentración de consultas (pág. 36)

Es el cociente entre el número de atenciones en un periodo de tiempo con el número de atendidos, sumando a pacientes atendidos (nuevos y re ingresantes) en el mismo periodo de tiempo. **Estándar 5.**

La oferta en hospitalización

De acuerdo al mismo documento, la oferta hospitalaria en hospitalización puede ser evaluada a través de los indicadores hospitalarios siguientes:

Promedio de permanencia (pág. 39)

Es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización. **Estándar 9.**

Porcentaje de ocupación de camas (pág. 41)

El indicador expresado en términos porcentuales que se obtiene dividiendo el total de pacientes días y las camas días disponibles, en un determinado periodo de tiempo. **Estándar 90%.**

Rendimiento cama (pág. 42)

Es el cociente entre el número de egresos hospitalarios registrados en un periodo de tiempo y el número de camas promedio registrado en dicho periodo. **Estándar 3.**

Intervalo de sustitución (pág. 62)

Es el período de tiempo que una cama permanece vacía. **Estándar 1.**

La oferta en centro quirúrgico

Finalmente, también en base al mismo documento técnico, la oferta hospitalaria en el centro quirúrgico puede ser evaluada a través de los indicadores hospitalarios siguientes:

Rendimiento del quirófano (pág. 45)

Es la relación del número de intervenciones quirúrgicas realizadas y el número de quirófanos disponibles del establecimiento de salud en un determinado periodo de tiempo. **Estándar 2.**

Porcentaje de operaciones suspendidas (pág. 55)

Es el porcentaje de cirugías suspendidas con respecto a las cirugías programadas. **Estándar $\leq 5\%$.**

Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia (Pág.11)

Es el porcentaje de cirugías realizadas de emergencia con respecto a las cirugías programadas. **Estándar $\leq 10\%$.**

Tasa de pacientes re intervenidos

Es el porcentaje de pacientes que se intervienen quirúrgicamente en forma electiva y que son re intervenidos por la presencia de alguna complicación.

Estándar $\leq 2\%$.

1.4 Justificación**Justificación práctica:**

La investigación en la gestión de listas de espera en cirugía torácica pulmonar se ve justificada porque es un procedimiento con una demanda importante en nuestra institución y en la actualidad esta lista se encuentra con un tiempo de espera prolongado, lo que a su vez incide en la calidad de la atención de los pacientes, en un déficit en los indicadores del servicio de cirugía torácica y en una mala utilización de los recursos hospitalarios.

El conocimiento pleno de todos los factores implicados en la lista de espera quirúrgica y en la oferta hospitalaria, hará posible su correcta gestión y una mejor utilización de los recursos hospitalarios: humanos, infraestructura, equipamiento; también mejorará la calidad de la atención y finalmente tendrá como consecuencia la satisfacción de los usuarios.

Justificación teórica:

Con este trabajo se pretende enriquecer el conocimiento sobre los factores que limitan la gestión integral de la calidad de atención al usuario en entidades prestadoras de servicios públicos de salud, fundamentos que fueron preceptuados previamente por Donabedian quien en 1969 describió el obtener los mayores beneficios con los menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (Gómez, 2015) (p. 11).

Justificación metodológica:

Se podrá llevar a cabo en el futuro, la implementación de una lista de espera de cirugía pulmonar cuyos criterios y sistematización podrían ser el referente a nivel nacional. Con todo ello se verán beneficiados tanto los usuarios externos, los usuarios internos y el Sistema de Salud del país.

Por otra parte se hace hincapié en el abordaje de este tema de investigación, el mismo que servirá de insumo para otros trabajos de investigación en este rubro, pudiendo ampliar los métodos de análisis desde la óptica metodológica y estadística.

1.5 Problema

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital público de nivel III-1, y atiende a una numerosa población, procedente de Lima y del interior del país, de los cuales aproximadamente el 90% son beneficiarios del seguro integral de salud (SIS). El hospital ofrece, entre otros servicios, el tratamiento quirúrgico de las patologías del tórax. Estas intervenciones quirúrgicas se vienen realizando desde la fundación del hospital en 1949 hace 67 años, y se efectúan aproximadamente 250 intervenciones quirúrgicas pulmonares al año, entre electivas y de emergencia. Estas cirugías son consideradas mayores y de complejidad mediana y alta y son muy escasas las instituciones a nivel nacional en capacidad de realizarlas. Debido a la experiencia acumulada y una reconocida capacidad resolutive en cirugía pulmonar; existe una demanda importante por parte de la población, para la realización de este tipo de intervenciones, tales como: cirugía de la zoonosis pulmonar causada por el quiste hidatídico, cirugía de la secuela de la enfermedad tuberculosa como bronquiectasias, micetoma pulmonar, pulmón destruido, fibrosis cavitaria, tuberculosis multi drogo resistente; el empiema pleural y los tumores intra torácicos benignos y malignos.

El servicio de cirugía torácica del Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra con un déficit en sus indicadores hospitalarios y por lo tanto con una mala utilización de los recursos. Por observación directa y durante los últimos cinco años, en el servicio de cirugía torácica del hospital nacional Hipólito Unanue de Lima se ha detectado: primero, que el tiempo que demora un paciente desde que se diagnostica la enfermedad quirúrgica pulmonar hasta hospitalizarse puede llegar a varios meses, y esto puede deberse a: la insuficiencia de oferta de citas en consulta externa, al nivel socio económico del usuario, al género del usuario o al hecho de proceder del interior del país, a la espera de los resultados de los exámenes de laboratorio y de las interconsultas

pertinentes, a la demora en volver a conseguir la nueva cita para la reevaluación por el cirujano de tórax y a dificultades de contar con cama disponible para la hospitalización. Finalmente, para ser operado, el paciente realiza una espera de varias semanas desde que es hospitalizado. Todo esto trae consigo un déficit en los indicadores de gestión de camas y un promedio de permanencia prolongado.

Esta espera da lugar a la conformación de largas listas, con características no estructuradas en este hospital lo cual trae insatisfacción del usuario respecto a la percepción de la calidad de la atención y, en los casos más extremos, el riesgo de empeoramiento de la enfermedad o muerte del paciente.

En el hospital no existe una lista de espera quirúrgica sistematizada y/o estructurada, en donde se refleje una labor de equipo coordinada, entre el centro quirúrgico y los consultorios de las especialidades que hacen cirugía; como sí la hay en otras instituciones nacionales (Es Salud) y en los países más desarrollados (Reino Unido, Alemania, España, Estados Unidos, etc.). Cada servicio o departamento quirúrgico programa sus cirugías de manera aislada y en función de sus necesidades y oportunidades (turnos operatorios); esta programación es administrada por la jefatura médica del Centro Quirúrgico, redactándose en forma diaria, la distribución y asignación de los quirófanos, de los turnos operatorios, de los cirujanos y de los anestesiólogos.

Si se suman el importante volumen de pacientes que acuden a la institución, y el hecho de que el servicio de cirugía torácica del hospital Hipólito Unanue es un centro de referencia a nivel nacional, se presenta la problemática en la lista de espera para cirugía pulmonar, la cual al ser descrita y analizada, de inicio al proceso de solución, teniendo en cuenta que este trabajo podría ser el primer referente en esta institución y también una plataforma sobre la cual podrían gestarse no solamente otros trabajos de investigación sino también opciones de implementación y/o modificación de instrumentos de gestión intra hospitalaria.

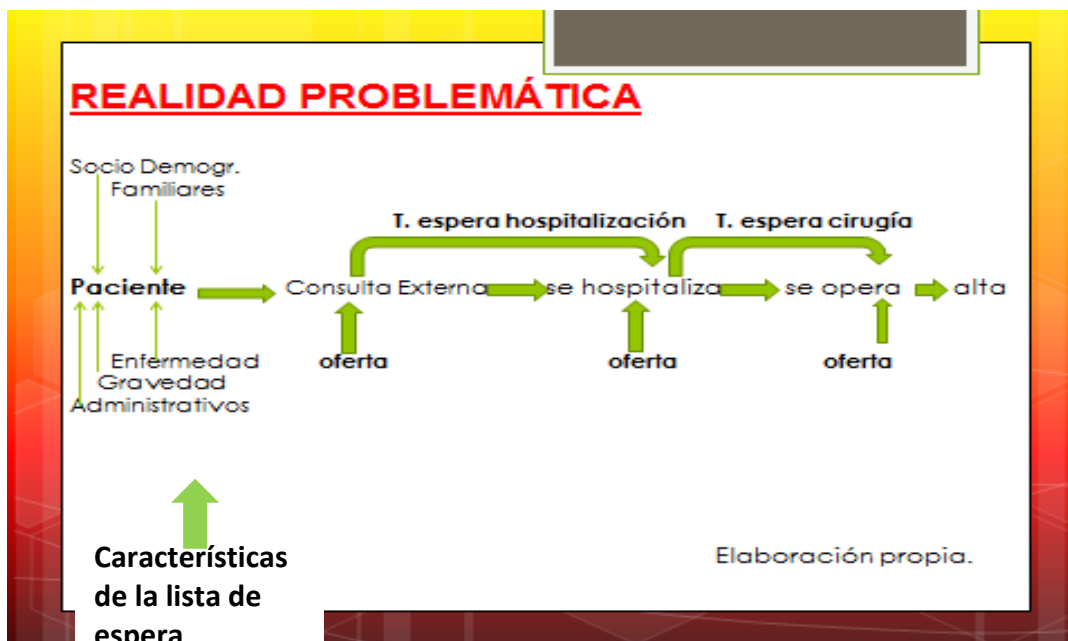


Figura 2. Diagrama de la realidad problemática

1.5.1 Problema general.

¿Cuáles son las características de la lista de espera y los atributos de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015?

1.5.2 Problemas específicos.

Problema específico 1

¿Qué características tienen los pacientes que fueron sometidos a cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?

Problema específico 2

¿Cómo son los tiempos de espera de los pacientes para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?

Problema específico 3

¿Cómo es la oferta para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Describir las características de la lista de espera y analizar la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

1.6.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Caracterizar a los pacientes que conforman la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015

Objetivo Específico 2

Conocer los tiempos de espera de los pacientes para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015

Objetivo específico 3

Analizar la oferta para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015

II. Marco metodológico.

2.1 Variables

Variable 1 Lista de espera

Definición

Churruca (2000) “Se define lista de espera como aquella lista de enfermos a los que el médico ha indicado una intervención, sea un procedimiento diagnóstico, terapéutico o rehabilitador, que por motivos ajenos a la voluntad del paciente, tienen que esperar para ser atendidos” (p18)

Arce (2003) Se ha entendido que la presencia de listas de espera de cirugía es uno de los principales problemas que presentan los sistemas sanitarios de financiamiento público y son, en su gran mayoría, consecuencia de un desbalance entre la demanda (necesidad presente en la población) y la oferta (servicios brindados).

(Saboya, 2005) Menciona en su tesis que la lista de espera debe ser medida a través de las personas existentes en dicha lista y por el tiempo de espera (p.53)

Dimensiones

Dimensión 1 Las personas en la lista de espera

Indicadores de la dimensión 1

1. Sexo
2. Edad
3. Nivel socio económico
4. Nivel educativo
5. Procedencia
6. Estado civil
7. Personas a su cargo
8. Dependencia de otras personas
9. Ocupación
10. Tiempo de enfermedad
11. Diagnostico
12. Presencia de hemoptisis
13. Presencia de disnea

14. Forma del ingreso

15. Estudio preoperatorio completo

Dimensión 2 El tiempo de espera

Definición

(Saboya, 2005) De acuerdo a este autor, el tiempo de espera para la atención de los pacientes tiene dos etapas:

Tiempo de espera para la hospitalización: es el número de días que transcurren entre la primera evaluación por el médico y la hospitalización

Tiempo de espera para la intervención quirúrgica: número de días que transcurren entre la hospitalización y la intervención quirúrgica.

Indicadores de la dimensión 2

1. Tiempo de espera para la hospitalización
2. Tiempo de espera para la intervención quirúrgica:

Variable 2 Oferta hospitalaria

Dimensiones

Dimensión 1 Oferta en consulta externa

Indicadores

1. Rendimiento hora médico
2. Utilización de consultorio
3. Concentración de consultas

Dimensión 2 oferta en hospitalización

Indicadores

1. Promedio de permanencia
2. Porcentaje de ocupación de camas
3. Rendimiento cama
4. Intervalo de sustitución

Dimensión 3 Oferta en centro quirúrgico

Indicadores

1. Rendimiento del quirófano
2. Porcentaje de operaciones suspendidas
3. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia
4. Tasa de pacientes re intervenidos

2.2 Operacionalización de las variables

Tabla 1

Variable 1: lista de espera

Dimensiones	Indicadores	Escala	Niveles o rangos
Las personas que conforman la lista de espera.	Género	Dicotómica	Masculino Femenino
	Edad	Razón	En años
	Nivel socio económico	Ordinal	A – B – C – D- E
	Nivel educativo	Nominal	Analfabeto–Primaria–Secundaria–Superior
	Procedencia	Ordinal	Lima metropolitana Lima provincias Fuera de Lima
	Estado civil	Nominal	Soltero(a)-casado(a)-divorciado(a)-viudo(a)
	Ocupación	Nominal	Agricultor-pastor- obrero-empleado- casa
	Diagnostico	Nominal	Hidatidosis- micetoma- pulmon destr- bronquiec- emp pleural- tumor- otro.
	Personas a su cargo	Dicotómica	SI NO
	Dependencia de otras personas	Dicotómica	SI NO
	Forma de ingreso	Nominal	Consultorio- EMG- transferencia
	Estudio preoperatorio completo	Dicotómica	SI NO
	Presencia de hemoptisis	Dicotómica	SI NO
	Presencia de disnea	Dicotómica	SI NO
El tiempo de espera	Tiempo de espera para la hospitalización.	Razón	Días que transcurren entre la primera evaluación por el cirujano de tórax y la hospitalización.
	Tiempo de espera para la intervención quirúrgica.	Razón	Días que transcurren entre la hospitalización y la fecha de la intervención quirúrgica.

Tabla 2

Variable 2: oferta hospitalaria

Dimensiones	Indicadores	Escala	Niveles o rangos
Oferta en consulta externa	Rendimiento hora médico =4	Dicotómica	Cumple No cumple
	Grado de utilización de consultorio =2	Dicotómica	Cumple No cumple
	Concentración de consultas =5	Dicotómica	Cumple No cumple
	Grado de cumplimiento hora médico >=90%	Dicotómica	Cumple No cumple
Oferta en hospitalización	Promedio de permanencia =9	Dicotómica	Cumple No cumple
	Porcentaje de ocupación de cama >=90%	Dicotómica	Cumple No cumple
	Rendimiento cama =3	Dicotómica	Cumple No cumple
	Intervalo de sustitución=1	Dicotómica	Cumple No cumple
Oferta en centro quirúrgico	Rendimiento de quirófano=2	Dicotómica	Cumple No cumple
	Porcentaje de operaciones suspendidas<=5%	Dicotómica	Cumple No cumple
	Porcentaje de operaciones de emergencia<=10%	Dicotómica	Cumple No cumple
	Tasa de pacientes re intervenidos<=2%	Dicotómica	Cumple No cumple

2.3 Metodología

Según (Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,P, 2006) el presente estudio es de un enfoque cuantitativo, con un alcance de tipo descriptivo (p. 98) El tipo de diseño es no experimental de corte transversal (p. 156) En el que se realizará la revisión de las historias clínicas de los pacientes, para obtener los datos que permitan caracterizar a los pacientes que conforman la lista de espera y a los tiempos de espera. También se realiza la revisión de los archivos de enfermería del centro quirúrgico y de los reportes de la oficina de estadística del hospital, los cuales permitirán conocer los valores de los indicadores

hospitalarios para así compararlos con el estándar respectivo. Toda esta información estará referida al año 2015.

2.4 Tipo de estudio: Enfoque Cuantitativo, tipo básico, nivel descriptivo

2.5 Diseño de investigación: No experimental, transversal.

2.6 Población, muestra y muestreo

Población Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente para cirugía pulmonar en forma electiva durante el año 2015 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

2.7 Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de datos de la variable 1: lista de espera.

Dimensión 1: persona en la lista de espera

Indicadores:

1.1 Edad	en años				
1.2 Sexo	Masculino		Femenino		
1.3 Procedencia	Lima metropolitana		Lima provincias		Fuera Lima
1.4 Nivel educativo	Analfabeto-Primaria-Secundaria-Superior				
1.5 Nivel socioeconómico	A	B	C	D	E
1.6 Estado civil	Soltero (a)		Casado/conviviente (a)		
	Divorciado/separado(a)			Viudo (a)	
1.7 Personas a su cargo				Si	No
1.8 Dependencia de otras personas				Si	No
1.9 Ocupación	Agricultor/pastor- estudiante-obrero-empleado-ama de casa				
1.10 Diagnóstico	Hidatidosis- secuela TBC-empiema pleural-tumor-otro.				
1.11 Presencia de hemoptisis				Si	No
1.12 Presencia de disnea				Si	No
1.13 Forma del ingreso				Consulta externa	Emergencia
				Transferencia de otro servicio.	
1.14 estudio preoperatorio completo				Si	No

2.3 Rendimiento cama

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

2.4 Intervalo de sustitución

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

Dimensión 3: oferta en cirugía pulmonar en el centro quirúrgico

3.1 Rendimiento del quirófano

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.2 Porcentaje de operaciones suspendidas

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.3 Porcentaje de operaciones de emergencia

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.4 Tasa de pacientes re intervenidos

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

2.8 Métodos de análisis de datos

La información recopilada será procesada utilizando el software estadístico IBM-SPSS-v22. Se mostrarán las frecuencias, las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión, tanto en tablas como en gráficos, de todos los indicadores de ambas variables.

III. Resultados

Tiempos de espera y grado de cumplimiento de los indicadores de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tabla 3.

Tiempos de espera en días y grado de cumplimiento de los indicadores de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tiempo de Espera		Oferta Hospitalaria		
		Lugar de la oferta	indicador	grado cumplim.
Tiempo de espera para la hospitalización	29.5	Consulta externa	Rendimiento hora médico	25%
			Uso del consultorio	0%
			Concentración de consultas	17%
		Hospitalización	Promedio de permanencia	0.00%
			Porcentaje de ocupación de camas	42.00%
			Rendimiento cama	0.00%
			Intervalo de sustitución	0%
Tiempo de espera para la programación de la cirugía	23.9	Centro quirúrgico	Rendimiento de quirófano	0.00%
			Porcentaje de cirugías suspendidas	58.00%
			Proporción de cirugías de emergencia	33%
			Tasa de re intervenciones	50%
Tiempo de espera total	63.4	Promedio del grado de cumplimiento de los indicadores		18%

El tiempo de espera para la hospitalización del paciente fue de 29.5 días en promedio y el tiempo de espera para la programación de la cirugía fue de 23.9 días, sumados ambos dan un tiempo de espera total de 63.4 días. El grado de cumplimiento de los indicadores de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar durante el año 2015 son todos valores menores al 60%. Al promediarlos todos ellos, el resultado da un valor de 18%.

Caracterización de los pacientes que conforman la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tabla 4.

Características de los pacientes sometidos a cirugía pulmonar en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

característica	atributo	valor
Sexo	masculino	53%
	femenino	47%
		32.53 años
Edad promedio		años
Lugar de procedencia	Lima metropolitana	48.90%
	Lima provincias	4.30%
	otros departamentos	46.80%
Nivel educativo	Analfabeto	4.30%
	Primaria	26.60%
	Secundaria	52.10%
	Superior	17%
Ocupación	Agricultor-pastor	10.60%
	Estudiante	28.70%
	Obrero	30.90%
	Empleado	9.60%
	Ama de casa	20.20%
Estado civil	Soltero	52.10%
	Casado-conviviente	42.60%
	Viudo	1.10%
	Divorciado-separado	4.30%
Grado de dependencia	Sí	31.90%
Personas a su cargo	Sí	52.00%
Forma del ingreso	Consultorio	64.90%
	Emergencia	25.50%
	Transferencia de otro servicio	9.60%
Preoperatorio completo al ingreso	Sí	34.00%
Diagnóstico	Hidatidosis pulmonar	55.30%
	Secuelas de la TBC	28.70%
	Empiema pleural	4.30%
	Tumores	2.10%
Gravedad	disnea	37.20%
	hemoptisis	58.50%

Las personas en la lista de espera para cirugía pulmonar se caracterizan por ser mayormente varones de 35 años de edad en promedio, el 51% de ellos provienen del interior del país, más de la mitad tiene secundaria completa, son obreros en el 31% y 52% solteros. El 32% dependen de otras personas y el 52% tienen personas a su cargo. El 25.5% de los pacientes que se operan en forma electiva han ingresado por emergencia. Solamente el 34% de ellos tenía el estudio preoperatorio completo al ingreso. El 88% de las indicaciones de cirugía son por enfermedades infecciosas crónicas, de ellas la más frecuente la hidatidosis pulmonar. El 37% de los pacientes tenía disnea al ingreso y el 58.5% tuvo algún episodio de hemoptisis.

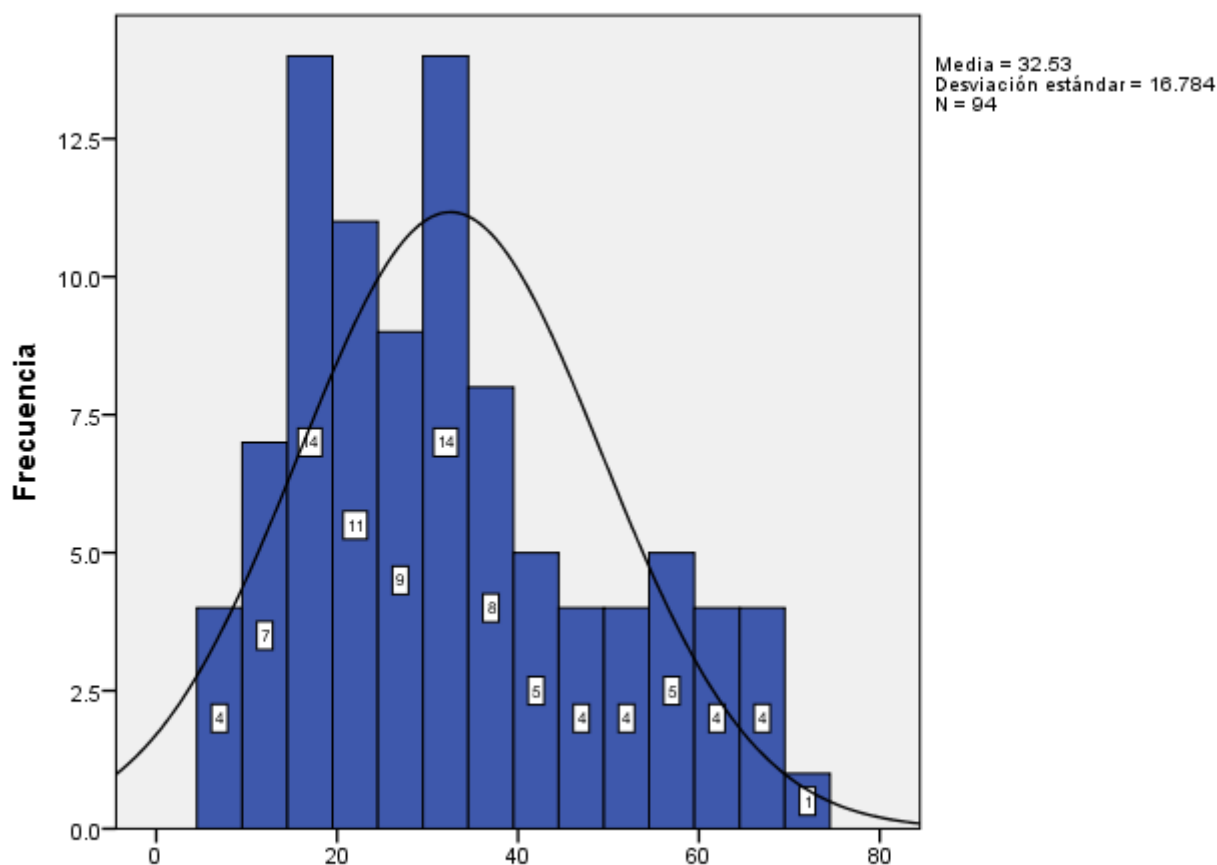


Figura 3.

Edad en años pacientes operados en cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

En cuanto a la edad, en este estudio se ha encontrado que el promedio es de 32 años, con picos de mayor frecuencia entre los 15 y los 35 años.

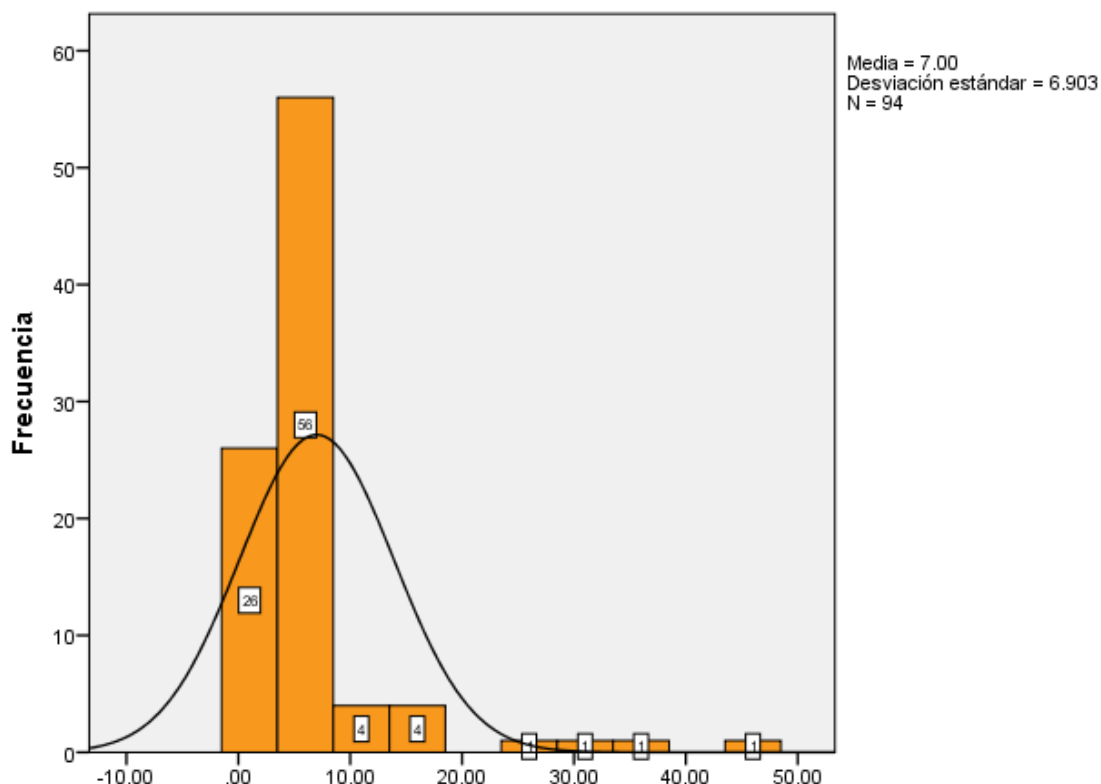


Figura 4.

Tiempo de enfermedad en meses de los pacientes operados en cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unzué año 2015

En cuanto al tiempo de enfermedad en meses, en este estudio se ha encontrado que el promedio es de 7 meses, teniendo la mayor parte de la población un rango que va entre un mes a menos de dos años (20 meses).

Tabla 5

Sexo en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	50	53.2	53.2
Femenino	44	46.8	100.0
Total	94	100.0	

En cuanto al sexo, en este estudio se ha encontrado que predomina el género masculino con un 53% sobre el género femenino que muestra 47%.

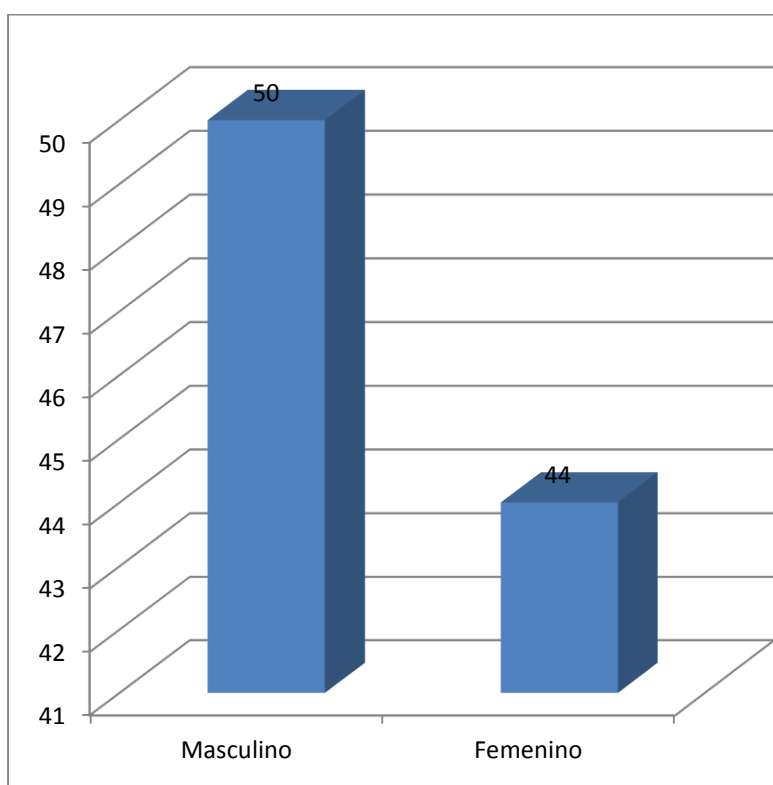


Figura 5. Sexo en los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 6

Lugar de procedencia en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lima metropolitana	46	48.9	48.9
Lima provincias	4	4.3	53.2
fFuera de Lima	44	46.8	100.0
Total	94	100.0	

En cuanto al lugar de procedencia, en este estudio se ha encontrado que la población predominante proviene de Lima Metropolitana 49%, seguido de las otras regiones del Perú 47% y finalmente otras provincias de Lima 4%.

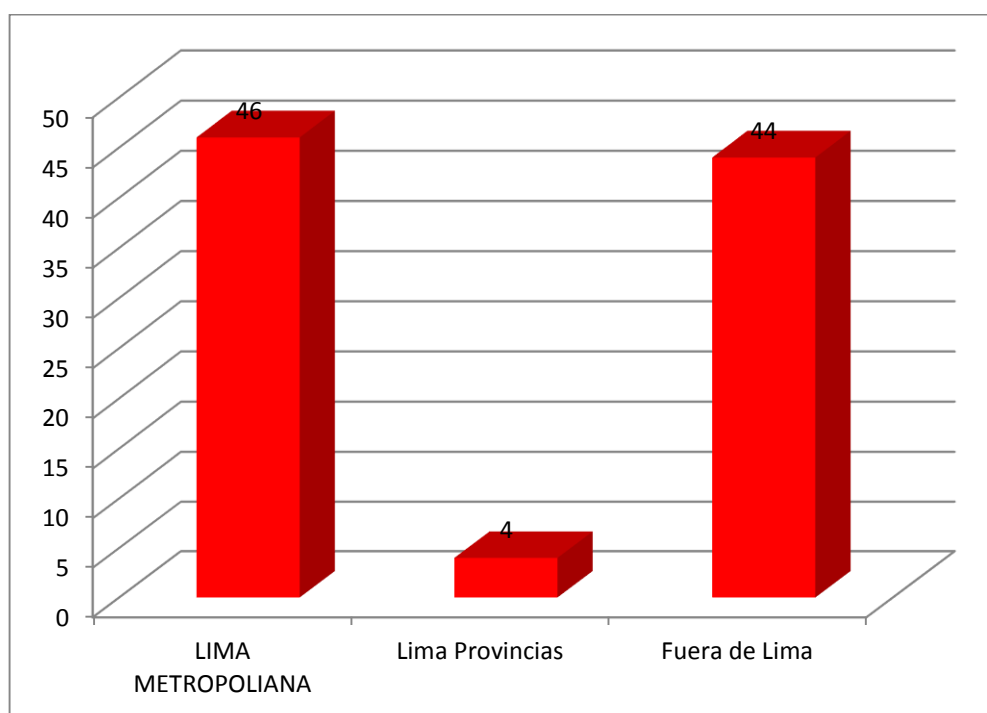


Figura 6 Lugar de procedencia en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 7

Nivel educativo en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeto	4	4.3	4.3
Primaria	25	26.6	30.9
Secundaria	49	52.1	83.0
Superior	16	17.0	100.0
Total	94	100.0	

En relación al nivel educativo, en este estudio se ha encontrado que la población tiene instrucción secundaria en 52%, seguido de la primaria 27%, superior 17% y analfabeto en un 4%.

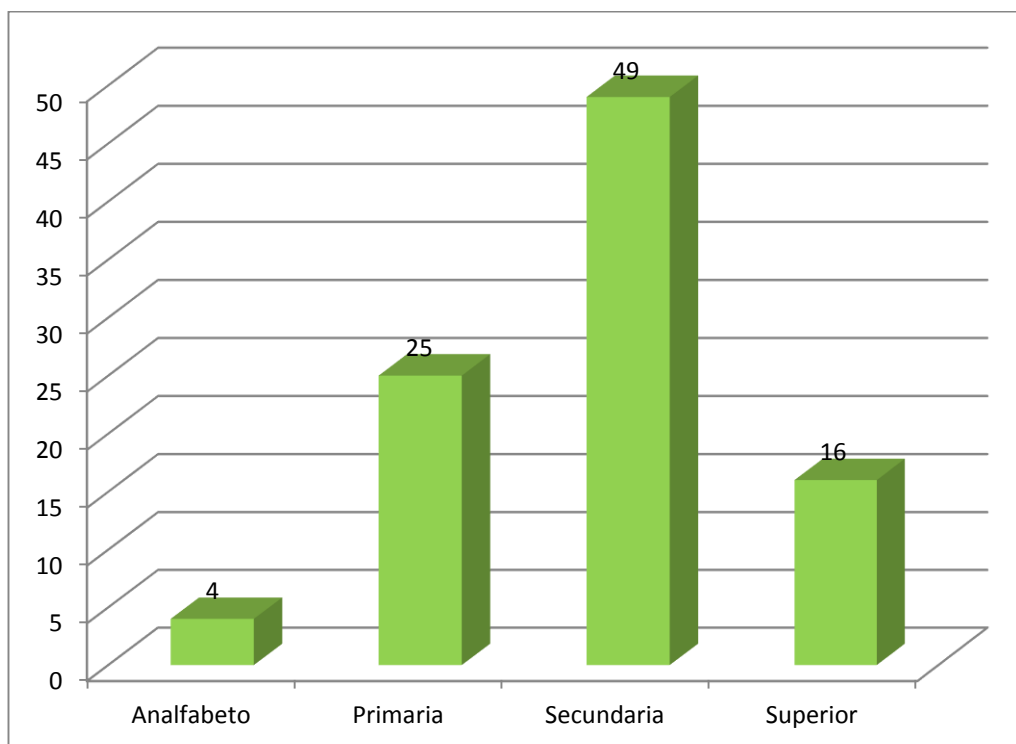


Figura 7.

Nivel educativo en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 8

Ocupación en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional hipólito unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	En relación a la ocupación, en este estudio
agricultor-pastor	10	10.6	10.6	
estudiante	27	28.7	39.4	
obrero	29	30.9	70.2	
empleado	9	9.6	79.8	
ama de casa	19	20.2	100.0	
Total	94	100.0		

io se ha encontrado que la población tiene como ocupación obrero 31%, estudiante 29%, ama de casa 20%, agricultor-pastor 11% y finalmente empleado en 10%.

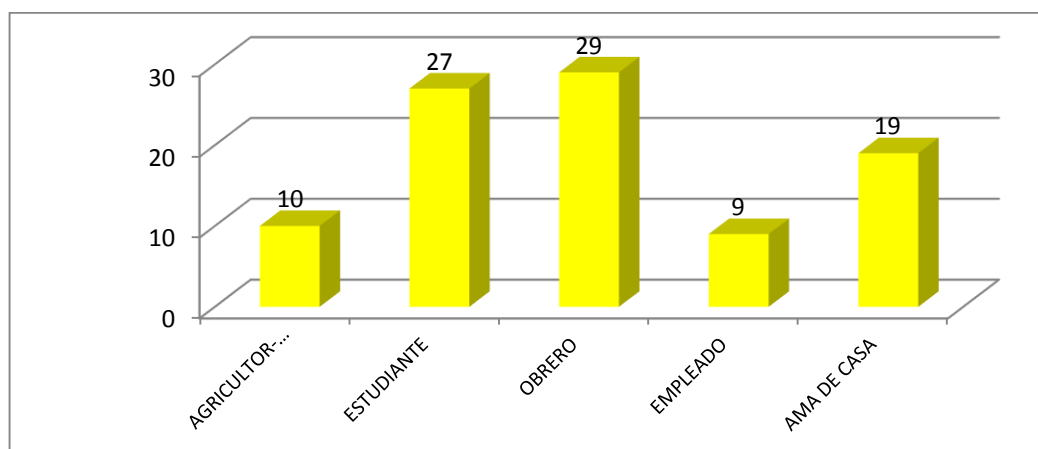


Figura 8.

Ocupación en pacientes operados de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 9

Nivel socio economico en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
C	44	46.8	46.8
D	50	53.2	100.0
Total	94	100.0	

Referido al nivel socio económico, en este estudio se ha encontrado que la población tiene pertenece a los segmentos C en 47% de los casos y D en 53%.

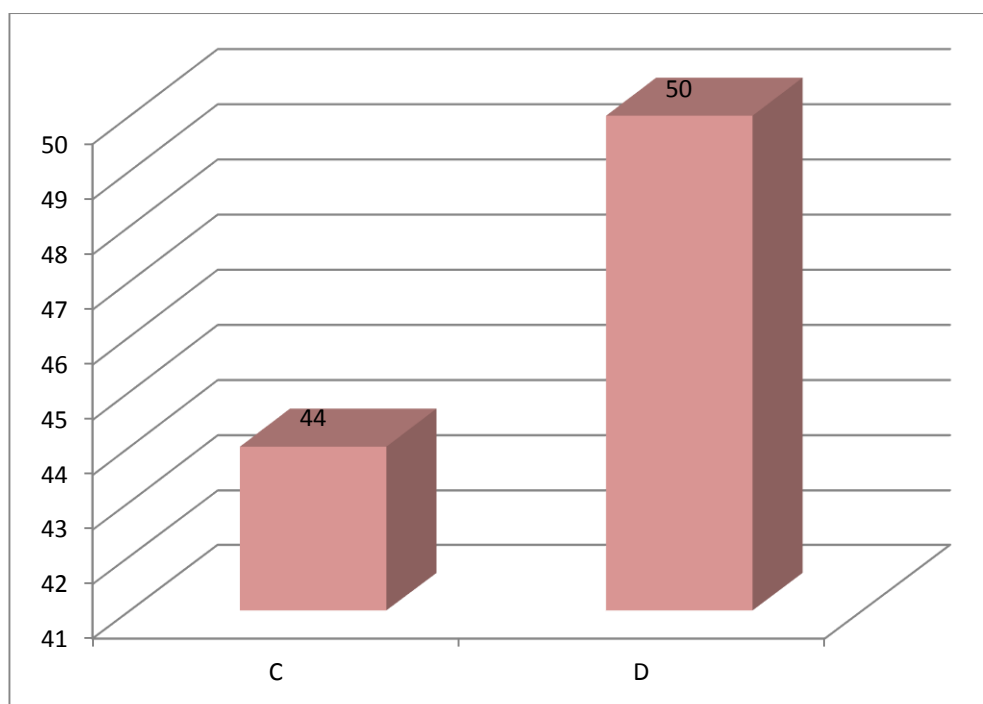


Figura 9. Nivel socio economico en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 10

Estado civil en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipòlito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
soltero	49	52.1	52.1
Cas./conv.	40	42.6	94.7
Divo./sep.	4	4.3	98.9
viudo	1	1.1	100.0
Total	94	100.0	

Referido al estado civil, en este estudio se ha encontrado que la población es soltero en 52%, casado o conviviente en 43%, divorciado-separado en 4% y viudo en 1% de los casos.

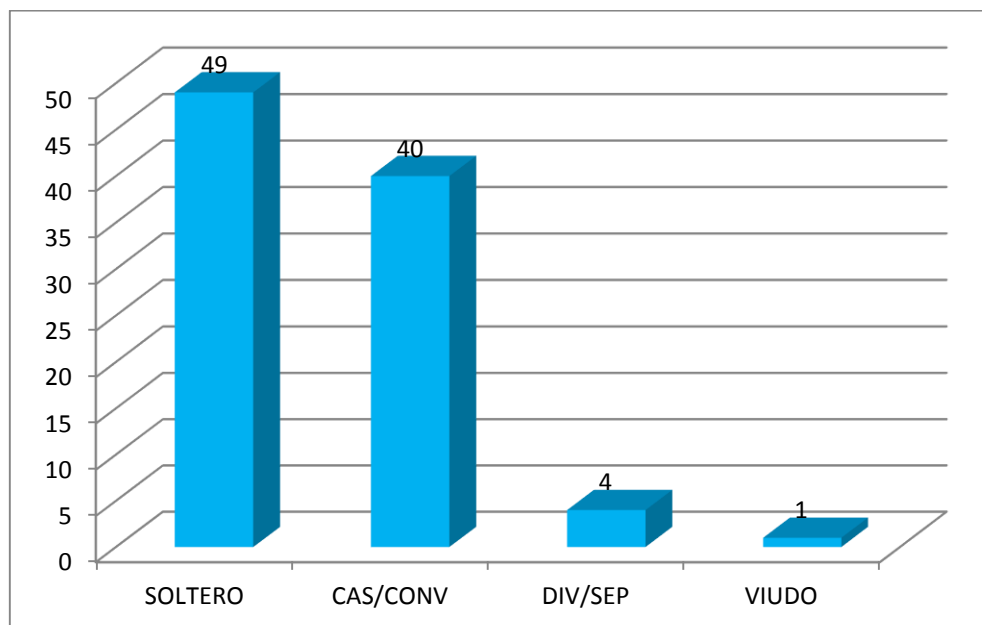


Figura 10

Estado civil en pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipòlito Unanue año 2015. n=94

Tabla 11

Grado de dependencia de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	30	31.9	31.9
no	64	68.1	100.0
Total	94	100.0	

Referido al grado de dependencia de otras personas que tienen los pacientes, en este estudio se ha encontrado que sí el paciente depende de otras personas en 32% de los casos y no depende de otras personas en el 68% de los casos.

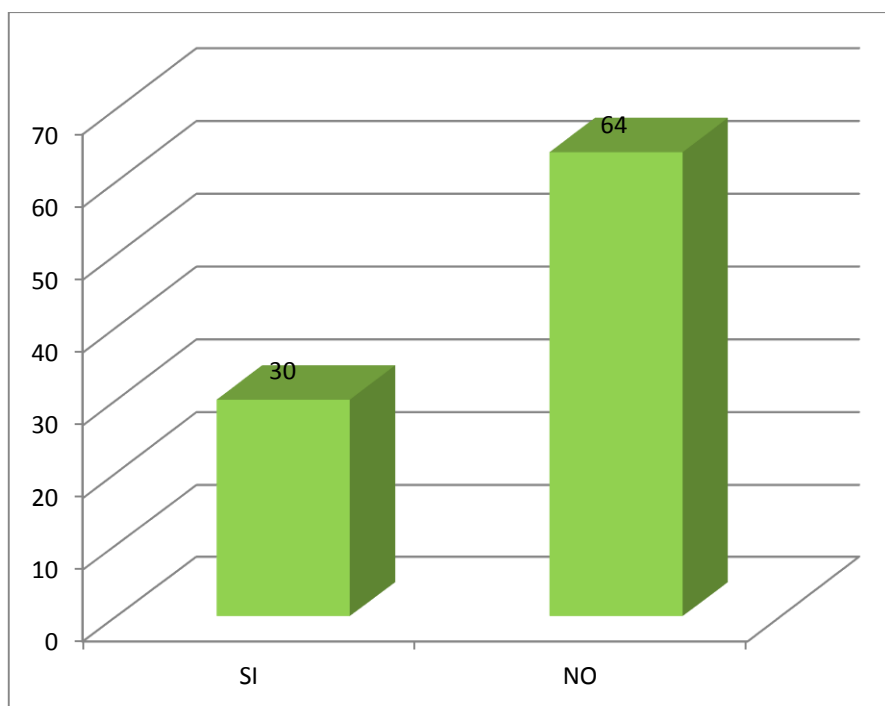


Figura 11

Grado de dependencia de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional hipólito unanue año 2015. n=94

Tabla 12

Personas dependen de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	49	52.1	52.1
no	45	47.9	100.0
Total	94	100.0	

Referido a si hay otras personas que dependen de los pacientes del estudio, se ha encontrado que otras personas sí dependen del paciente en 52% de los casos y que no dependen en el 48% de los casos.

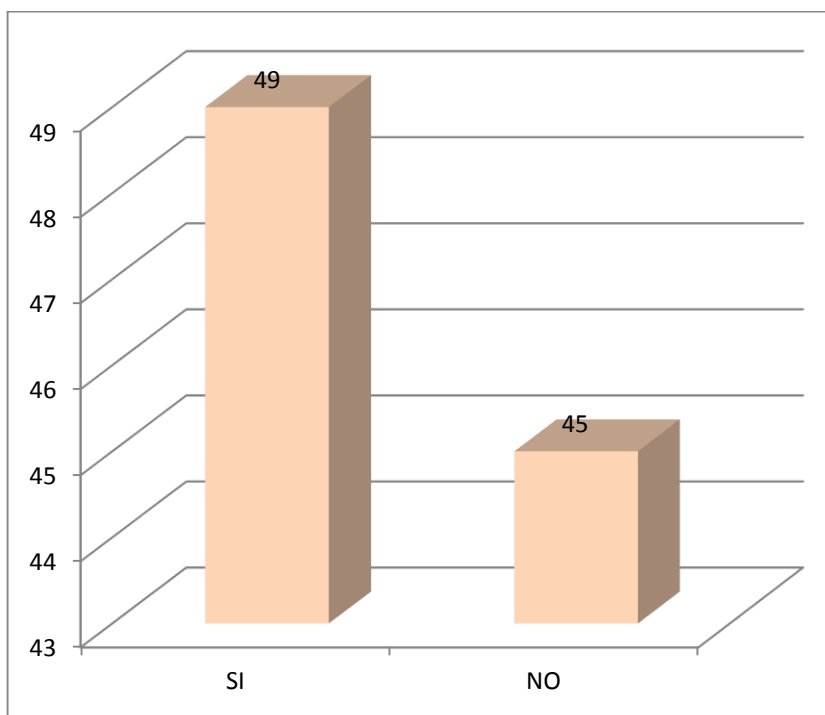


Figura 12.

Personas dependen de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94.

Tabla 13

Forma del ingreso de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
consultorio	61	64.9	64.9
emergencia	24	25.5	90.4
transferencia de otro servicio	9	9.6	100.0
Total	94	100.0	

Referido a la forma de ingreso a la hospitalización, en el estudio, se ha encontrado que a través del consultorio en 65% de los casos, a través de la emergencia en 26% de los casos y a través de transferencia de otros servicios en 10% de los casos.

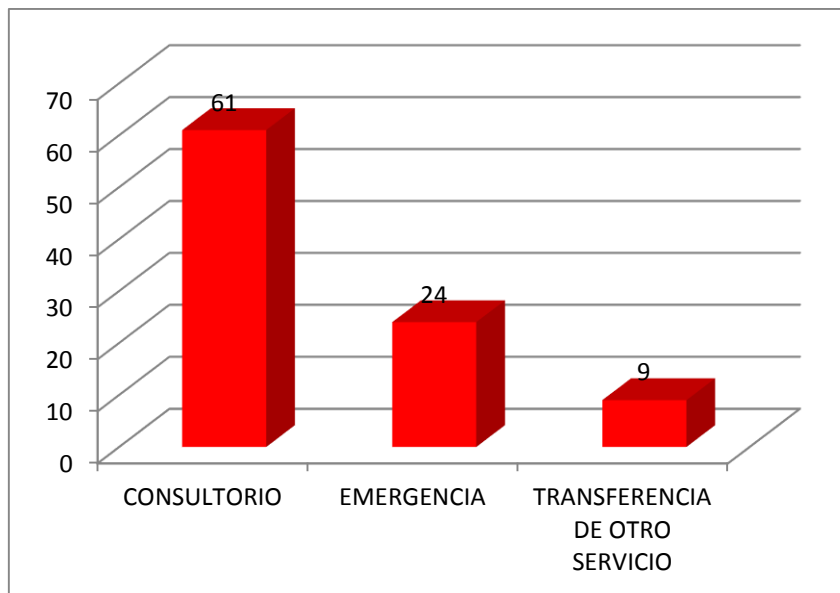


Figura 13.

Forma del ingreso de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 14

Diagnóstico de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional hipólito unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
hidatidosis	52	55.3	55.3
micetoma	18	19.1	74.5
pulmón destruido	3	3.2	77.7
bronquiectasias	6	6.4	84.0
empiema pleural	4	4.3	88.3
tumor intratorax	2	2.1	90.4
otro	9	9.6	100.0
Total	94	100.0	

En relación al diagnóstico, la hidatidosis pulmonar fue la predominante con 55% de los casos, seguido de micetoma pulmonar en 19%, bronquiectasias en 6%, empiema pleural en 4%, pulmón destruido en 3%, tumores en 2% y otros en 9.6% de los casos estudiados.

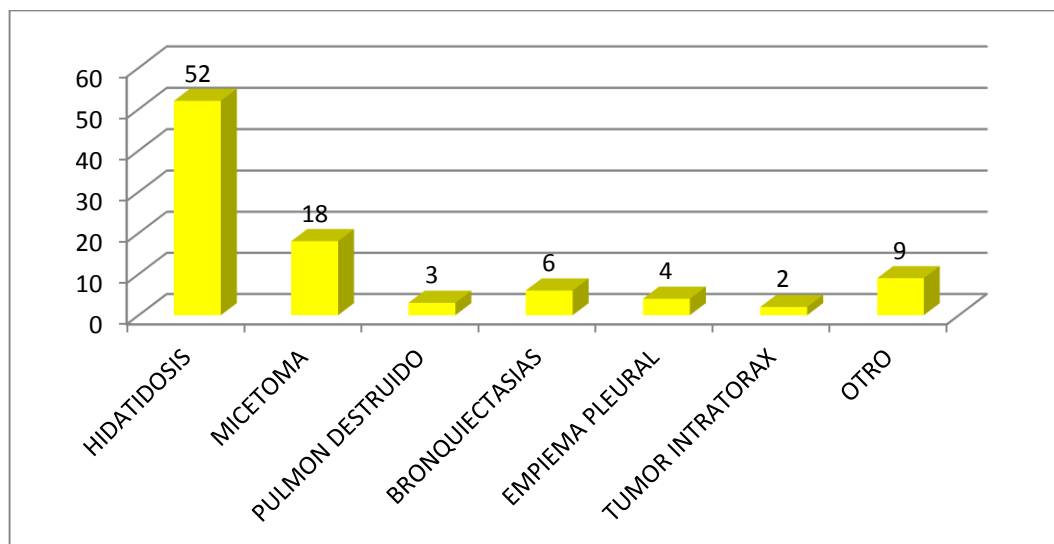


Figura 14.

Diagnóstico de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 15

Disnea en los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	35	37.2	37.2
no	59	62.8	100.0
Total	94	100.0	

En relación a la presencia de disnea al momento de la hospitalización en el presente estudio, 37% de los pacientes la refirieron; frente al 63% que no la tenía.

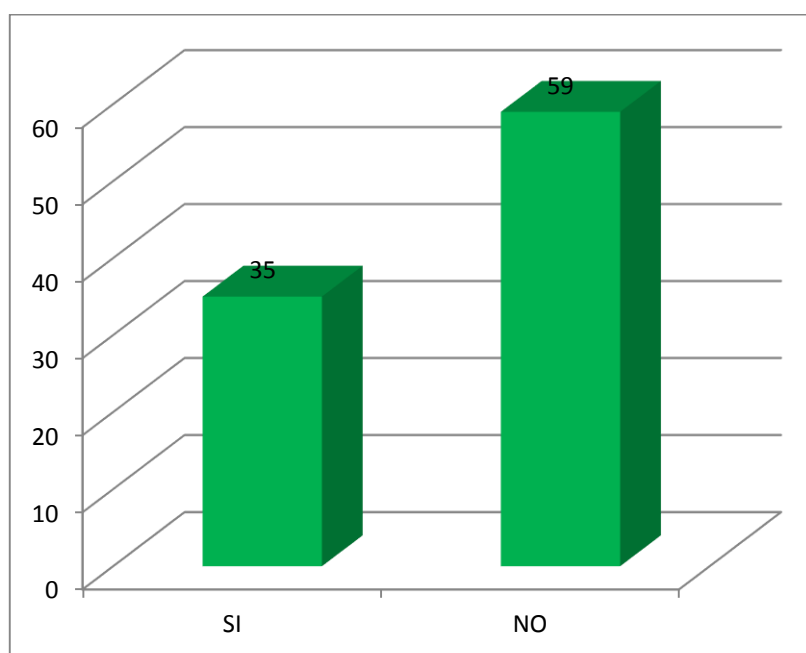


Figura 15.

Disnea en los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

Tabla 16

Hemoptisis en los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional hipólito unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	55	58.5	58.5
no	39	41.5	100.0
Total	94	100.0	

En relación a la presencia de hemoptisis en algún momento en el presente estudio, 58.5% de los pacientes la refirieron que si habían hemoptisado; frente al 42.5% que indicó que no.

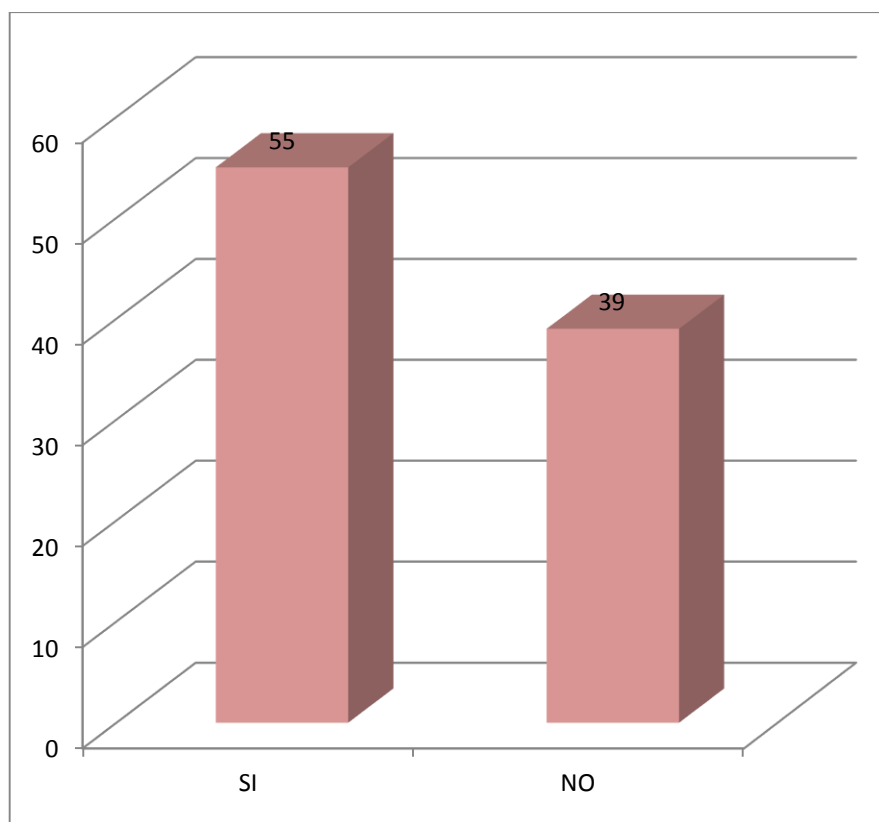


Figura 16.

Hemoptisis en los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional hipólito unanue año 2015. n=94

Tiempos de espera de los pacientes para cirugía pulmonar en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2015

Tabla 17

Días de espera para hospitalización de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
menor 5 d	52	55.3	55.3
6 a 15	10	10.6	66.0
16 a 30	7	7.4	73.4
31 a 45	2	2.1	75.5
46 a 60	10	10.6	86.2
61 a 75	5	5.3	91.5
76 a 90	1	1.1	92.6
mayor a 90	7	7.4	100.0
Total	94	100.0	

En cuanto a los días de espera para la hospitalización en el presente estudio, se encontró que el 55% de los pacientes de hospitaliza en menos de 5 días y 10.6% lo hace entre los 6 a 15 días o entre los 46 a 60 días.

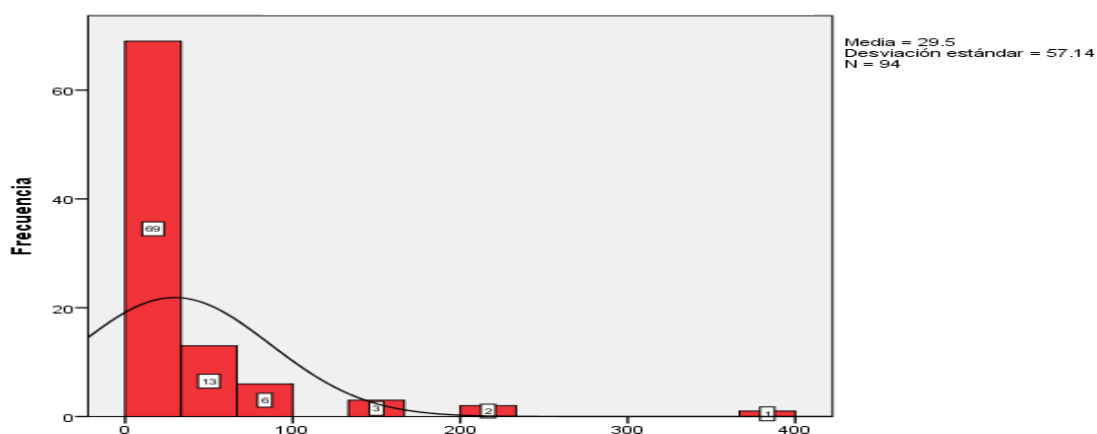


Figura 17.

Días de espera para hospitalización de los pacientes de cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94.

Tabla 18

Días de espera para la intervención quirúrgica de los pacientes operados en cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015 n=94

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
menor 5 d	2	2.1	2.1
6 a 15	34	36.2	38.3
16 a 30	33	35.1	73.4
31 a 45	13	13.8	87.2
46 a 60	10	10.6	97.9
61 a 75	1	1.1	98.9
76 a 90	1	1.1	100.0
Total	94	100.0	

En cuanto a los días de espera para la hospitalización en el presente estudio, se encontró que el 36% de los pacientes de hospitaliza entre los 6 y 15 días y 35% lo hace entre los 16 a 30 días y 14% entre los 31 a 45 días.

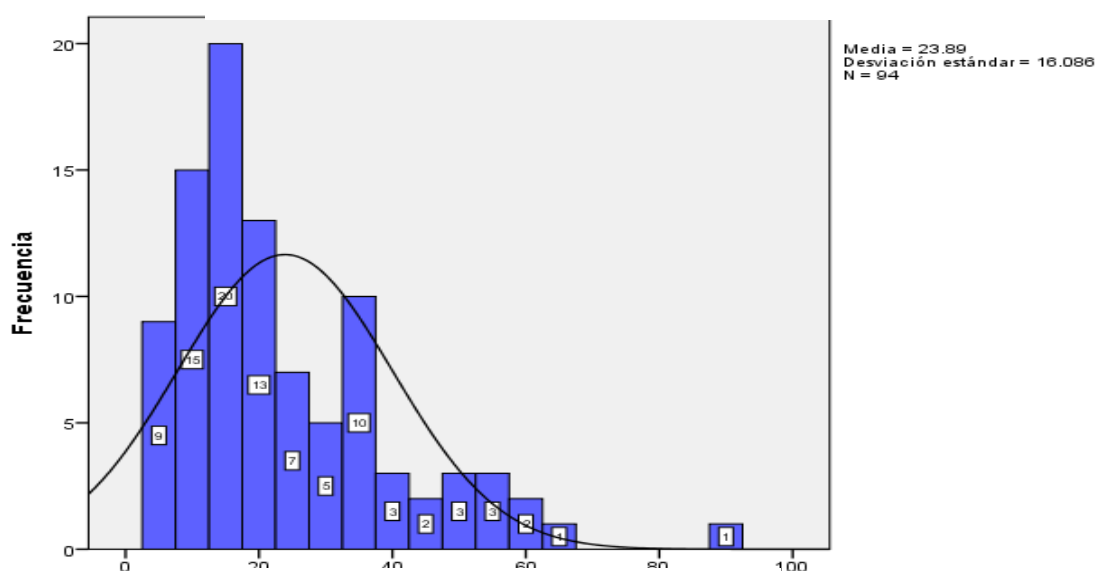


Figura 18.

Días de espera para la intervención quirúrgica de los pacientes operados en cirugía pulmonar electiva hospital nacional Hipólito Unanue año 2015. n=94.

Analisis de la oferta para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tabla 19

Grado de cumplimiento de los estándares para los indicadores de la oferta para cirugía pulmonar electiva en el hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

lugar de la oferta	indicado	estándar	cumpl.
consulta externa	rendimiento hora médico	4	25%
	uso del consultorio	2	0%
	concentración de consultas	5	17%
hospitalización	promedio de permanencia	9	0.00%
	porcentaje de ocupación de camas	90%	42.00%
	rendimiento cama	3	0.00%
	intervalo de sustitución	1	0%
centro quirúrgico	rendimiento del quirófano	2	0.00%
	porcentaje de cirugías suspendidas	<=5%	58.00%
	proporción de cirugías de emergencia	<=10%	33%
	tasa de re intervenciones	<=2%	50%

En la tabla se aprecia que en la consulta externa el estándar de rendimiento hora médico se cumplió en 25%. El estándar de uso de consultorio se cumplió en 0%. El estándar de concentración de consultas se cumplió en 17%.

Para la hospitalización se observa que el estándar de promedio de permanencia se cumplió en 0%. El estándar de porcentaje de ocupación de camas se cumplió en 42%. El estándar de rendimiento cama se cumplió en 0%. El estándar de intervalo de sustitución Rendimiento de quirófano en 0%.

A nivel del centro quirúrgico se observa que el estándar rendimiento de quirófano se cumplió en 0%. El estándar porcentaje de cirugías suspendidas se cumplió en 58%. El estándar proporción de cirugías de emergencia se cumplió en 33%. Finalmente el estándar de tasa de re intervenciones se cumplió en el 50% del período estudiado.

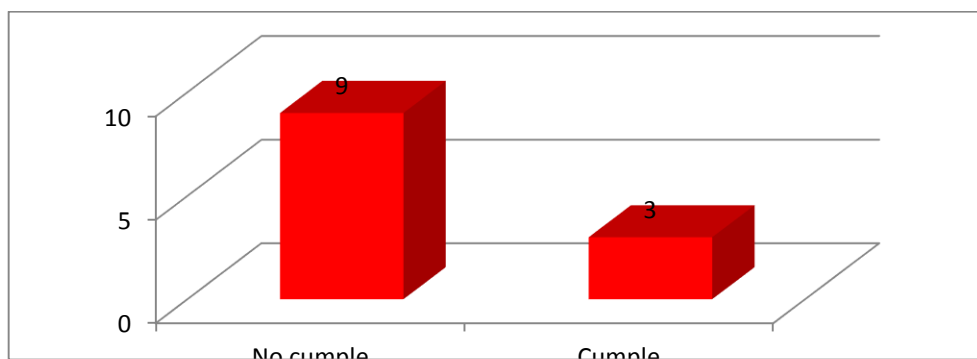


Figura 19

Rendimiento hora médico en consulta de cirugía pulmonar por mes hospital nacional Hipólito Unzué año 2015

En cuanto al indicador hospitalario rendimiento hora médico por mes (valor de cuatro) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo un grado de cumplimiento del 25% (3 meses) frente a un no cumplimiento del 75% (9 meses) en el periodo de tiempo estudiado.

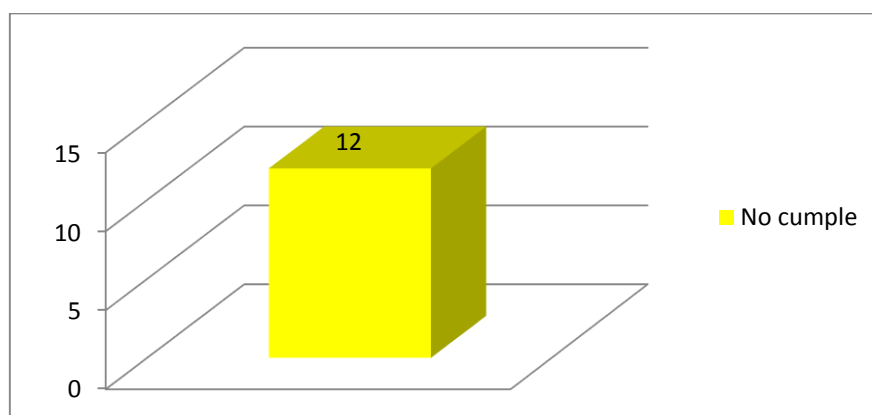


Figura 20

Utilización de consultorio físico en cirugía pulmonar por mes hospital nacional Hipólito Unzué año 2015

En cuanto al indicador hospitalario utilización de consultorio físico por mes (valor dos) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste no se cumplió en el 100% durante los 12 meses del año del estudio.

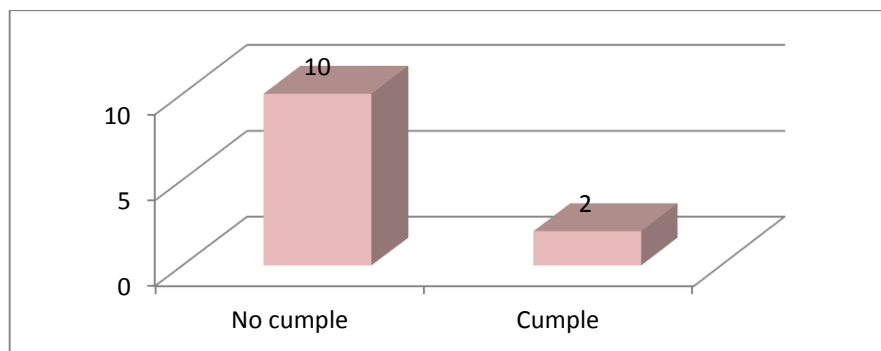


Figura 21

Concentraciòn de consultas en cirugìa pulmonar por mes hospital nacional Hipòlito Unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario concentración de consultas por mes (valor cinco) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste no se cumplió en 83.33% (10 meses) frente al 16.67% (2 meses) en que si se cumplió el valor estándar para este indicador, durante el tiempo estudiado.

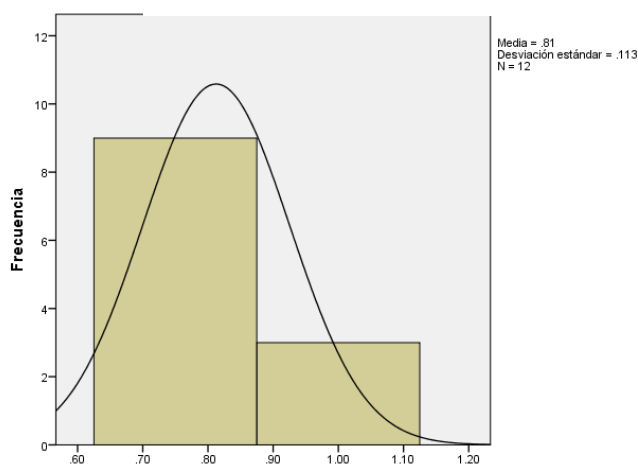


Figura 22

Grado de cumplimiento hora medico en consultorio en cirugìa pulmonar por mes hospital nacional Hipòlito Unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario grado de cumplimiento hora médico por mes durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo una media de 0. 81 con un rango que va desde 0.70 a 0.99. El valor estándar para este indicador es de 0.90.

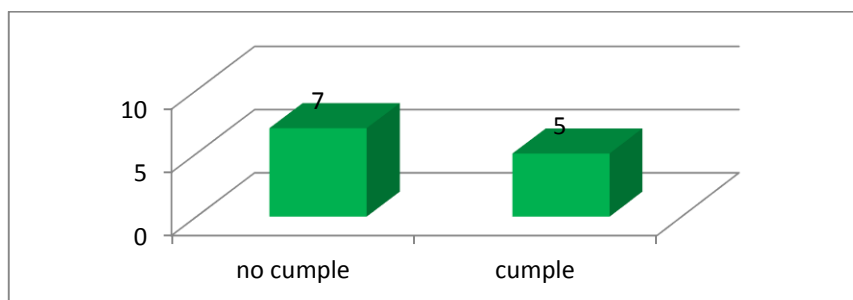


Figura 23

Porcentaje de utilización de camas en cirugía pulmonar por mes hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario porcentaje de ocupación de camas por mes (valor mayor o igual a 90 por ciento) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo un grado de no cumplimiento de 58.33% (en 7 meses) durante el tiempo del estudio.

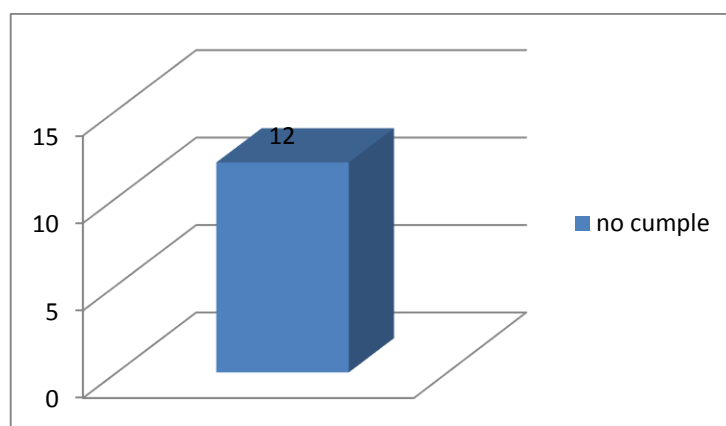


Figura 24

Promedio de permanencia en cirugía pulmonar por mes hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario promedio de permanencia por mes (valor nueve) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo un grado de no cumplimiento del 100% (12 meses) durante el tiempo del estudio.

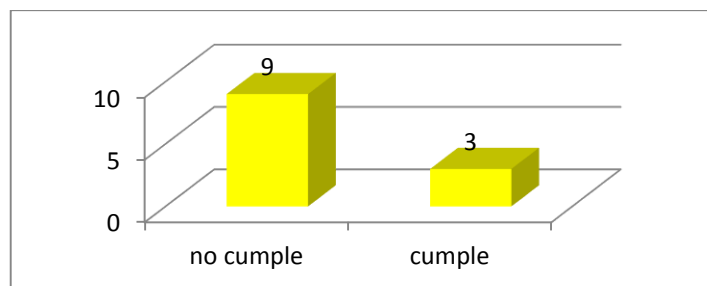


Figura 25

Intervalo de sustitución de cama por mes en cirugía pulmonar hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario intervalo de sustitución por mes (valor igual a uno) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo un grado de no cumplimiento del 75% (9 meses) durante el tiempo de estudio.

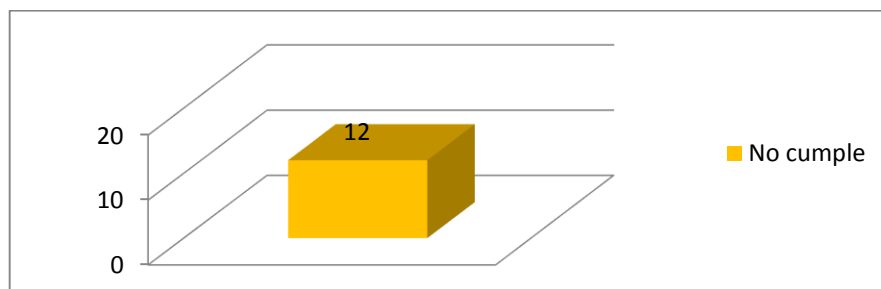


Figura 26

Rendimiento de quirófano por mes en cirugía pulmonar hospital nacional hipólito unanue año 2015

En cuanto al indicador hospitalario rendimiento del quirófano para cirugía pulmonar por mes (valor mayor o igual a dos) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste tuvo grado de no cumplimiento del 100% (durante los 12 meses).

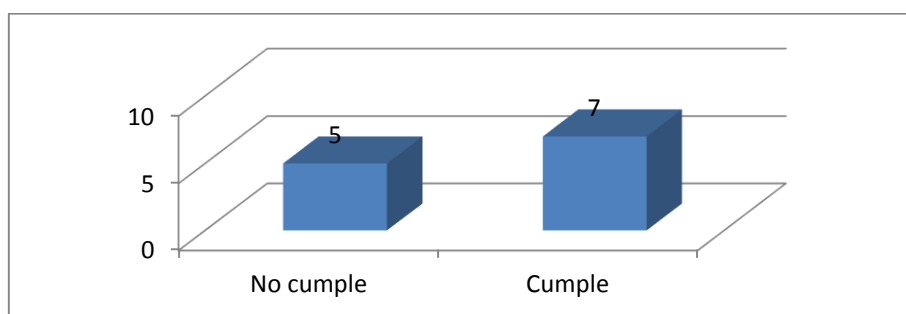


Figura 27

Porcentaje de operaciones suspendidas por mes en cirugía pulmonar hospital nacional Hipólito Unzué año 2015

En cuanto al indicador hospitalario porcentaje de operaciones suspendidas por mes, (valor menor o igual a cinco) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste no se cumplió en el 41.67% (7 meses) durante el tiempo estudiado.

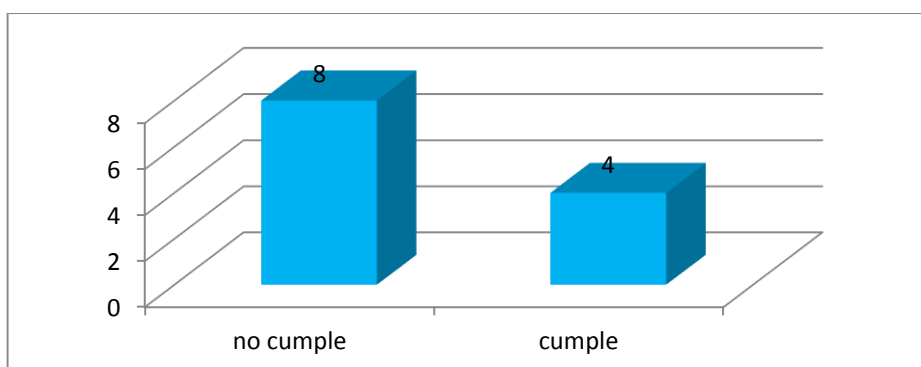


Figura 28

Porcentaje de operaciones de emergencia por mes en cirugía pulmonar hospital nacional Hipólito Unzué año 2015

En cuanto al indicador hospitalario porcentaje de operaciones de emergencia por mes, (valor menor o igual a 10) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste no se cumplió en el 66.67% del tiempo estudiado.

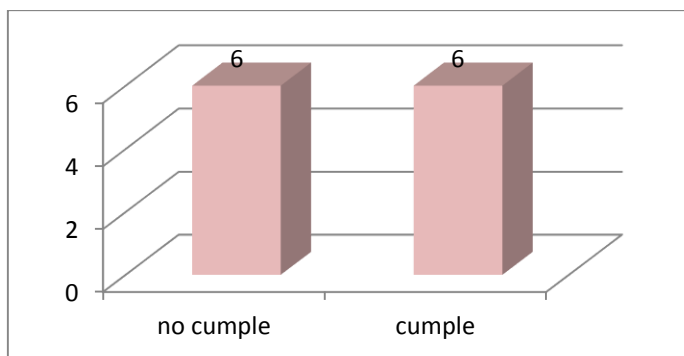


Figura 29

Tasa de reintervenciones por mes en cirugía pulmonar hospital nacional hipólito unanue año 2015

En cuanto al indicador tasa de re intervenciones por mes valor menor o igual a dos) durante el año 2015, se ha encontrado en el presente estudio que éste no se cumplió en el 50% (6 meses) durante el tiempo estudiado.

IV. Discusión

En países más desarrollados que el nuestro, las listas de espera quirúrgica tienen una estructura, elaborada en base a un conjunto de criterios clínicos y sociales y no solo en base al tiempo de espera. Para (Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O., 2009), y (Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P., 2008); estos criterios incluyen aspectos tales como: el tipo de diagnóstico, la gravedad, las edades extremas, el tener carga familiar, el vivir en zonas apartadas y por supuesto también el tiempo de espera, entre otros. Todos ellos son válidos para permitir una priorización en la atención a los integrantes de dicha lista, dando lugar a una atención oportuna y con equidad en salud.

En el presente estudio se ha encontrado que la población es mayoritariamente adulta joven (32 años) lo cual nos hace dar cuenta de que se trata de pacientes en edad económicamente activa y probablemente con carga familiar.

Con respecto al tiempo de espera total para la intervención quirúrgica el cual incluye el tiempo de espera para la hospitalización y el tiempo de espera para la programación de la cirugía; este fue de 63.4 días. Debido a que es intervenido quirúrgicamente un órgano tan importante para el individuo, como es el pulmón (prioridad 1), los pacientes perciben que estos casos deberían ser operados lo más pronto posible. Autores como (Dominguez, N; López-Pardo,E; Rey, T, 2011) mencionaron que “las indicaciones quirúrgicas de los pacientes en prioridad 1 no deben superar los 30 días” (p.545). Por otro lado (Rodrigo, I y Gabilondo, L., 2007) concluyeron que “la mayoría de los pacientes considera aceptable esperar un mes” (p.168). En el trabajo realizado en un hospital de Chiclayo (Díaz, A y Osada, J., 2015) se encontró que “el tiempo que espera un paciente para recibir atención quirúrgica es de 100 días” (p.204).

En cuanto al sexo, fueron ligeramente en mayor porcentaje los varones (53%) sobre las mujeres; esto discrepa con otros autores como (Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J., 2015) quienes describieron en su trabajo “que la población que constituye la demanda es en mayor proporción de sexo femenino” (p.15), pero hay que tener en cuenta que la mayor parte de los casos que se operan obedecen a enfermedades infecciosas crónicas pulmonares, y parece ser que éstas serían más frecuentes en el sexo masculino.

Al considerar el lugar de procedencia, se observó que casi la mitad de la población del estudio provenía del interior del país. Esto puede ser explicado porque diagnóstico preponderante en la población estudiada, es la patología hidatídica, es una enfermedad común entre agricultores y pastores, actividades propias de zonas rurales del ande peruano.

Con respecto al nivel educativo, algo más de la mitad tenía el nivel secundario, y un 4% eran analfabetos; siendo este valor más alto que el promedio nacional en el año 2013 que fue de 3.1%. En relación a la ocupación se halló en el presente estudio que un 30% eran obreros, esto nos hace inferir que son enfermos con condiciones sencillas de vida (vivienda, alimentación y grado de instrucción). Para (Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J., 2015) “la mayor proporción de la demanda insatisfecha estuvo en los analfabetos y en aquellos usuarios con ingresos igual o menores al sueldo mínimo” (p.18). Así mismo (Abásolo, I; Negrín-Hernández, M; y Pinilla J., 2014) demostraron “que hay inequidad en el acceso a los servicios especializados y hospitalarios que perjudica a los niveles socio económicos inferiores” (p.11).

Referido a si hay otras personas que dependen de los pacientes en el presente estudio, se ha encontrado que otras personas sí dependen del paciente en el 52% de los casos. Para (Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O., 2009) “los criterios como personas a cargo del paciente o personas que lo ayudan son criterios incluidos en los instrumentos de priorización desarrollados en España” (p. 189). Esto nos debe hacer tener en cuenta la significancia desde el punto de vista social que tiene el enfermo dentro del entorno familiar.

Al evaluar la forma por la cual ingresa el paciente a hospitalización, se encontró que aproximadamente la tercera parte provenía de la emergencia (26%) y de transferencia de otro servicio (10%). Debido a la afectación del pulmón, un órgano muy importante para el ser humano, los pacientes son rápidamente derivados a nuestro hospital a través de la emergencia por la presencia de hemoptisis o de dificultad respiratoria, signos que son considerados criterios de gravedad. En relación a la presencia de hemoptisis, en el presente estudio, el 58.5% de los pacientes la refirieron que si habían hemoptisado. En cirugía torácica, este signo es el que más frecuentemente mueve a los enfermos a buscar atención médica y a someterse a una intervención quirúrgica y a los cirujanos de

tórax a indicar el tratamiento quirúrgico, por el riesgo de muerte que la hemoptisis tiene. Para (Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P., 2008) y (Sampietro-Colom, L; Espallargues, M; Comas, M; Rodríguez, E; Castells, X y Pinto, J., 2006); todos ellos consideran como relevantes la gravedad de la enfermedad al momento de priorizar la lista de espera.

Con respecto al tipo de diagnóstico en la población estudiada, se encontró que mas de la mitad de los casos este fue el de hidatidosis pulmonar, zoonosis producida por la tenia equinococcus cuyo ciclo biológico se encuentra entre perros y ovejas, y perennizado por los malos hábitos de higiene y deficiencias en el beneficio del ganado ovino. Seguido, tenemos a los diferentes tipos de secuelas de la enfermedad tuberculosa. Por ello es pertinente señalar en este momento que las autoridades en salud deberán tomar conocimiento de esto y corregirlo. No es posible que en la actualidad con todos los avances científicos y tecnológicos disponibles, aún tengamos morbilidad importante en el país por enfermedades tan antiguas y sobre todo prevenibles, como estas.

La demanda de la lista de espera quirúrgica pulmonar le corresponde ser atendida por la oferta de los servicios de salud en cirugía de tórax y en el centro quirúrgico. Esta oferta tiene una serie de indicadores para poder ser evaluada (MINSA, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA, 2013). Para (Suarez, E; De Marco, M y Medina, M., 2013) “los indicadores número de cirugías por servicio y periodo, tasa quirúrgica, no resuelven los problemas pero permiten rápidamente conocer desviaciones de las metas propuestas” (sp).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, la oferta en consulta externa se caracterizó por tener indicadores sub óptimos, al compararlo con el estándar, en cuanto a la utilización del consultorio de cirugía de tórax, a la concentración de consultas en los pacientes, al rendimiento hora médico y al grado de cumplimiento hora médico. Lo primero se explica por la deficiencia en la implementación de turnos de consulta externa en la tarde por falta de personal y lo segundo precisamente porque no hay más atenciones que ofertar que las 16 consultas que se programan por día, por ello los pacientes tienen menos oportunidad de ser evaluados por el especialista en cirugía de tórax. Según el estudio de (Monge, A; Murillo, G; Calderón, A; Vega, A y Aguilar, A., 2014) existe “falta de estímulo para

el trabajo según productividad; ausencia de un mecanismo de competencias” (p. 74). Si bien es cierto que los otros indicadores fueron sub óptimos, éstos son considerados por los entendidos en gestión de servicios de salud, como de valores aceptables al compararlos con el estándar.

En cuanto a la oferta en hospitalización, volvemos a encontrar valores sub óptimos en los indicadores: el tiempo de permanencia y el intervalo de sustitución tuvieron altos grados de no cumplimiento (100%). En el trabajo publicado por (Morera-Salas, 2014) se encontró que “el 83% de los hospitales tiene más de un servicio con estancias superiores a las esperadas” (p. 112)

El porcentaje de ocupación de camas mostró un grado de cumplimiento de 42%. La explicación para estos hallazgos estaría en relación a: primero el hecho de que muchos de los pacientes tienen condiciones clínicas desfavorables que deben ser compensadas primero; ya que éstos pacientes no son compensados adecuadamente en su hospital de menor nivel, lo que coincide con lo mencionado por (Morera-Salas, 2014) al indicar que “los hospitales de baja complejidad no poseen una función de producción adecuada para resolver una serie de eventos que no deberían atenderse en centros de alta complejidad” (p. 112). El hospital Hipólito Unanue es un centro de alta complejidad y se ve obligado a atender primero los problemas infecciosos y de desnutrición que los pacientes traen, antes de realizar el procedimiento quirúrgico.

Por ser los pacientes portadores de enfermedades que afectan el aparato respiratorio con hemoptisis o dificultad respiratoria, estos se hospitalizan por el riesgo de morbilidad que éstos síndromes tienen. En el trabajo publicado por (Barrasa, J; Broto, Ana; Ortega, M; Ramírez, M; Astier, P y Castán, S., 2005), concluyeron que “cuatro de cada 1000 pacientes fallecen mientras esperan en lista de espera quirúrgica LEQ, sobre todo varones de edad avanzada y en intervenciones de carácter preferente” (p. 199).

En el centro quirúrgico, en el presente estudio, se encontraron también valores sub óptimos en los indicadores correspondientes: el rendimiento promedio de quirófano fue de 0.89 cuando el valor estándar en este tipo de cirugías debería ser de dos; el porcentaje de operaciones suspendidas tuvo un valor promedio de 8.3% cuando el valor estándar es de 5%; el porcentaje de operaciones de emergencia encontrado fue de 16% cuando el estándar es del 10% y finalmente la

tasa de reintervenciones (indicador de calidad) fue de 3.2% comparado con el estándar de 2%. El tener un menor rendimiento de quirófano da lugar a una menor oferta de turnos operatorios lo que explica el tiempo de espera prolongado para la intervención quirúrgica, así como a que en el cociente cirugías de emergencia dividido con cirugías programadas, este último, el denominador al ser menor, hace que el resultado sea de un valor alto. Todas las intervenciones quirúrgicas de emergencia realizadas por cirugía de tórax, tienen bien indicada su realización, por lo tanto lo que se debe de incrementar es el número de cirugías programadas, o sea de turnos operatorios para cirugía pulmonar. Para el mismo estudio antes mencionado de (Monge, A; Murillo, G; Calderón, A; Vega, A y Aguilar, A., 2014) existe un “uso ineficiente de la infraestructura y equipamiento: los quirófanos no se usan después de las 2:00 pm y un mal equipamiento” (p. 74).

V. Conclusiones

Primera: La población que integra la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es predominantemente adulta joven, masculina, económicamente activa y con personas a cargo que dependen socialmente del paciente.

Segunda: La mitad de estos pacientes proviene del interior del país.

Tercera: Los diagnósticos predominantes causa de la intervención quirúrgica son consecuencia de enfermedades infecciosas crónicas: la hidatidosis pulmonar y las secuelas de la enfermedad tuberculosa pulmonar.

Cuarta: El tiempo de espera total del paciente desde que es evaluado por primera vez por el cirujano de tórax hasta que es efectivamente operado es de dos meses en promedio.

Quinta: La hemoptisis y la dificultad respiratoria se relacionan con un tiempo menor para realizar la hospitalización de los pacientes.

Sexta: La oferta hospitalaria instaurada en la consulta externa el Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente, para atender a la demanda para cirugía pulmonar electiva.

Séptima: La oferta hospitalaria instaurada en la hospitalización en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente para atender a la demanda para cirugía pulmonar electiva.

Octava: La oferta hospitalaria instaurada en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente para atender a la demanda para cirugía pulmonar electiva.

VI. Recomendaciones

Primero: Mejora de la oferta en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, tanto en la consulta, como en la hospitalización y en el centro quirúrgico. Para ello deberá realizarse primero un estudio detallado de la situación actual en cada uno de sus ámbitos, el cual permitirá identificar las causas de que dicha oferta sea deficiente, para que así éstas puedan ser paulatinamente corregidas.

Segundo: Que se implemente una lista de espera quirúrgica para cirugía pulmonar priorizada, sistematizada e informatizada y de conocimiento y uso tanto por cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería de quirófano, en donde se tomen en cuenta los criterios médicos, los criterios sociales y el tiempo de espera, todos ellos claramente identificables en base a la historia clínica, de todos los pacientes incluidos en ella.

Tercero: Que las autoridades de salud locales, regionales y de todo el país, tomen conocimiento y actúen para combatir a las enfermedades infecciosas crónicas pulmonares que son tan antiguas y a la vez fácilmente prevenibles, pero que aún ahora siguen siendo una causa importante de intervenciones quirúrgicas pulmonares en nuestro hospital.

VII Referencias

- Abásolo, I; Negrín-Hernández, M; y Pinilla J. (2014). Utilización y tiempos de espera: dos vertientes inseparables del análisis de la equidad en el acceso al sistema sanitario público. *Review of Public Economics.*, 208(1), 11.
- Aguirre y Lungo. (2013). *Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía en las especialidades de ortopedia, oftalmología, y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria*. San José de Costa Rica: ICAP.
- Allepuz, A; Espallargues, M; Martínez, O. (2009). Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.*, 24(5), 185-191.
- Arredondo, A y Recaman, A. (2002). *Oferta vs demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud*. (Vol. 8). México: Instituto de salud pública de México.
- Barrasa, J; Broto, Ana; Ortega, M; Ramírez, M; Astier, P y Castán, S. (2005). Mortalidad en la lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. *Rev Calidad Asistencial.*, 20(4), 199-203.
- Cisneros, M. (2010). *Priorización de listas de espera de cirugía para la gestión de pabellones quirúrgicos del hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago: Universidad de Chile.
- Díaz, A y Osada, J. (2015). Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*, 32(1), 191-204.
- Dominguez, N; López-Pardo, E; Rey, T. (2011). Intervención para reducir la variabilidad de las indicaciones quirúrgicas y la lista de espera de pacientes con prioridad 1. *Gac Sanit.*, 6(25), 545-548.
- Hermoza, M. (2006). *Análisis de la demanda en relación con la oferta de los servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la*

seguridad social (ESSALUD). . Lima: Biblioteca de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta ed.). México: Mc-Graw Hill Interamericana.

Letelier, A. (2013). *Situación y abordaje de lista de espera en el centro de referencia de salud Maipú*. Santiago de Chile: Universidad Mayor Escuela de Salu Pública.

MINSA. (2009). *www.minsa.gob.pe*. Obtenido de [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica nacional calidad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf)

MINSA. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. Lima: OGEI MINSA.

Monge, A; Murillo, G; Calderón, A; Vega , A y Aguilar, A. (2014). Listas de espera. *Acta Médica Costarricense*, 56(2), 71-77.

Morera-Salas, M. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 56(3), 109-114.

Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J. (2015). Factores asociados a la demanda insatisfecha en la consulta externa de un hospital de Ica, 2015. *Rev méd panacea*, 5(1), 15-19.

Pérez, J. (31 de mayo de 2015). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/7cdpytyagpyo/oferta-y-demanda-en-los-servicios-de-salud/>

Podesta, L. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte.TESIS Para obtener el*

Grado Académico de Magister de Gerencia de Servicios de Salud con mención en Seguros y Seguridad Social en Salud. Lima: Sistema Bibliotecas Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Robledo, H. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *CONAMED*, 17(4), 172-175.

Rodrigo, I y Gabilondo, L. (2007). Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*, 22(4), 168-79.

Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicancias. 24(3), 702-707.

Saboya, I. (2005). *Gestió de servicis hospitalaris públics. Estudi comparatiu entre hospitals de la regió noroeste de Brasil y Cataluña.* Barcelona: Universidad de Barcelona.

Sampietro-Colom, L; Espallargues, M; Comas, M; Rodríguez, E; Castells, X y Pinto, J. (2006). Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gac Sanit*, 20(5), 342-51.

Suarez, E; De Marco, M y Medina, M. (2013). Indicadores de productividad en hospitales en San Miguel de Tucumán. *AJOICAN*(11).

VIII Anexos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIONES	DIMENSIONES
GENERAL ¿Cuáles son las características de la lista de espera y los atributos de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015?	GENERAL Determinar la relación que existe entre la oferta hospitalaria y la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015	Lista de espera para cirugía pulmonar electiva	Churrua S (2000) "Se define lista de espera como aquella lista de enfermos a los que el médico ha indicado una intervención, sea un procedimiento diagnóstico, terapéutico o rehabilitador, que por motivos ajenos a la voluntad del paciente, tienen que esperar para ser atendidos" (p18) Arce (2003) Se ha entendido que la presencia de listas de espera de cirugía electiva es uno de los principales problemas que presentan los sistemas sanitarios de financiamiento público y son en su gran mayoría un desbalance entre la demanda y la oferta.	Las personas en la lista de espera Tiempo de espera
ESPECIFICOS ¿Qué características tienen los pacientes que fueron sometidos a cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015? ¿Cómo son los tiempos de espera de los pacientes para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?	ESPECIFICOS Caracterizar a los pacientes que conforman la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015 Conocer los tiempos de espera de los pacientes para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015			
¿Cómo es la oferta para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?	Analizar la oferta para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015	Oferta hospitalaria	MINSA (2005): la oferta hospitalaria está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros organizados adecuadamente para solucionar las necesidades de salud de una población. Arredondo, A. y Recaman A. (2001) la oferta estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento que caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos.	Oferta en consulta externa Oferta en Hospitalización Oferta en Sala de Operaciones

Constancia de aplicación de instrumentos

El Jefe del Area de Archivos e Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipolito Unanue hace constar que:

Doña **Mercedes Salas Lor**, identificada con DNI 09481408 y alumna de la maestría de Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, ha realizado la aplicación de instrumentos para su trabajo de investigación; **Lista de espera y oferta hospitalaria en cirugía pulmonar en el hospital nacional Hipólito Unanue 2015**. Para lo cual se le han brindado todas las facilidades del caso.

Se expide la presente constancia a la interesada para los fines pertinentes.

El Agustino 27 de noviembre del 2017.

BASE DE DATOS LISTA DE ESPERA PRIMERA PARTE									
edad	Edad1	genero	procedencia	educaciòn	ocupaciòn	socioecon	Estado_civil	dependencia	otrosdependen
23	2	2	3	3	6	4	2	2	1
23	2	2	3	4	5	3	1	2	1
31	3	2	3	2	6	3	2	2	1
22	2	2	3	3	6	4	2	2	1
27	2	2	1	2	6	4	2	2	1
37	3	2	3	2	6	4	2	2	1
44	3	1	3	3	4	4	2	2	1
18	2	2	1	3	3	3	1	2	2
20	2	2	1	4	3	3	1	2	2
26	2	1	1	4	5	3	1	2	1
18	2	1	3	2	1	3	1	2	2
9	1	2	3	2	3	4	1	1	2
51	4	2	3	2	1	4	2	2	1
40	3	1	3	3	4	3	2	2	1
66	4	1	1	3	1	4	2	1	2
64	4	1	1	1	4	4	2	1	2
15	1	2	1	3	3	3	1	1	2
69	4	1	3	2	1	3	2	1	2
39	3	1	3	2	4	3	2	2	1
21	2	1	3	3	4	4	1	2	2
27	2	2	1	4	5	3	1	2	1
10	1	1	3	2	3	4	1	1	2
50	4	1	3	2	4	3	2	2	1
30	2	1	1	4	5	3	1	2	2
47	4	1	1	3	4	4	2	2	1
16	2	1	1	3	3	4	1	1	2
47	4	2	3	2	6	3	2	2	1
59	4	1	1	3	4	4	2	2	2
18	2	1	3	3	3	4	1	2	2
55	4	2	3	3	1	4	2	2	1
14	1	1	3	3	3	4	1	1	2
70	4	2	1	2	1	3	4	1	2
38	3	2	3	3	6	4	2	2	1
66	4	2	1	1	6	4	2	1	2
30	2	2	1	4	5	3	1	2	1
31	3	1	2	3	4	4	1	2	2
27	2	1	1	3	4	3	2	2	1
27	2	1	1	4	5	3	1	2	2
26	2	1	1	3	4	3	1	2	2
43	3	2	1	2	6	3	2	2	1
7	1	2	3	1	3	4	1	1	2
56	4	2	1	2	4	3	2	2	1
30	2	1	1	2	4	4	1	2	2
16	2	1	3	3	3	4	1	1	2
39	3	2	3	3	4	4	1	2	2

36	3	1	1	3	4	3	2	2	1
63	4	1	2	3	1	4	3	1	2
34	3	2	3	3	6	4	2	2	1
17	2	2	3	3	3	4	1	1	2
12	1	1	3	2	3	4	1	1	1
59	4	1	3	2	4	3	2	2	1
18	2	2	3	3	1	4	1	2	2
26	2	1	1	3	4	3	1	2	2
23	2	1	1	3	4	4	2	2	1
56	4	1	3	3	4	4	2	2	1
11	1	1	3	2	3	3	1	1	2
64	4	2	1	2	6	4	2	1	2
19	2	2	1	4	3	3	1	2	2
17	2	1	3	3	3	4	1	1	2
22	2	1	3	4	5	4	1	2	2
54	4	2	1	3	6	3	2	2	1
22	2	2	1	3	6	4	2	2	1
61	4	1	3	1	1	4	2	2	1
43	3	2	1	2	6	4	3	2	1
30	2	2	1	3	3	4	1	2	1
34	3	2	3	3	6	4	2	2	1
36	3	2	1	3	6	3	2	2	1
38	3	1	1	2	4	3	2	2	1
66	4	2	2	3	4	3	3	1	2
30	2	2	1	3	6	3	1	2	1
10	1	2	3	2	3	3	1	1	2
33	3	1	1	3	4	4	2	1	2
15	1	1	3	3	3	4	1	1	2
18	2	2	1	4	3	4	1	1	2
24	2	1	1	4	3	4	1	1	2
14	1	2	1	3	3	3	1	1	2
52	4	1	3	3	1	4	2	2	1
25	2	1	3	4	4	3	2	2	1
34	3	1	3	4	5	4	1	2	1
22	2	1	3	3	4	3	1	2	1
27	2	1	1	3	4	4	2	2	1
12	1	1	1	2	3	3	1	1	2
18	2	2	3	4	3	3	1	1	2
49	4	1	1	3	4	3	1	2	1
9	1	1	3	2	3	4	1	1	2
37	3	2	1	3	4	4	3	2	1
46	4	2	2	4	5	3	1	2	1
30	2	2	1	4	3	3	1	2	1
20	2	2	1	3	6	3	1	2	1
32	3	1	1	3	4	4	2	2	1
31	3	1	1	3	4	3	1	2	1
9	1	1	3	2	3	4	1	1	2
16	2	1	3	3	3	3	1	1	2
42	3	2	1	3	6	3	2	2	1

BASE DE DATOS LISTA DE ESPERA SEGUNDA PARTE								
tiempoenf	Tp_Enferm	ingreso	est_preop	Diagnostico	disnea	hemoptisis	tiempohosp	tiempoQX
7	1	2	0	1	2	1	5	15
7	1	1	1	1	2	1	52	7
7	1	2	0	1	2	1	1	16
7	1	3	1	5	2	2	1	34
7	1	3	1	1	2	1	1	33
7	1	1	0	1	1	1	1	7
7	1	1	1	1	2	1	27	15
7	1	1	0	7	2	2	10	5
7	1	2	0	1	1	2	1	20
7	1	1	0	7	2	2	20	6
7	1	1	0	2	1	1	2	41
7	1	2	0	1	1	2	2	15
7	1	3	1	1	2	1	1	50
7	1	1	1	1	2	1	22	17
7	1	2	0	1	2	1	6	6
7	1	1	1	4	2	2	210	26
7	1	1	0	7	2	2	2	6
7	1	2	0	1	2	1	1	13
7	1	2	0	1	2	1	1	22
7	1	1	1	1	2	1	54	25
7	1	1	1	2	1	1	71	17
7	1	1	0	1	2	1	2	17
7	1	1	0	5	2	2	1	15
7	1	1	0	2	1	1	5	6
7	1	1	0	1	2	1	1	10
7	1	1	0	7	1	2	16	37
7	1	1	0	1	1	2	1	28
7	1	3	0	6	2	2	1	7
7	1	1	0	1	2	2	7	12
7	1	1	0	1	1	2	1	12
7	1	1	0	1	1	2	1	15
7	1	1	0	1	2	2	1	47
7	1	1	0	1	2	2	14	18
7	1	2	0	2	2	1	1	17
7	1	1	1	3	1	1	150	19
7	1	1	0	1	2	1	1	33
7	1	1	0	7	2	2	2	19
7	1	1	0	6	2	2	3	15
7	1	1	1	1	2	2	66	11
7	1	1	0	3	1	1	4	23
2	1	1	0	1	1	2	1	21
30	3	3	0	2	2	1	30	22
2	1	1	1	2	2	1	71	25
16	2	1	1	7	2	2	71	20
4	1	1	1	2	2	1	67	17

2	1	3	0	3	2	1	14	19
3	1	2	0	1	2	1	1	33
3	1	1	0	1	2	1	1	30
11	1	1	1	1	2	1	76	8
4	1	1	0	1	1	2	1	14
4	1	1	1	5	1	2	50	56
5	1	1	0	1	1	2	4	56
18	2	2	0	2	1	1	5	10
3	1	1	0	1	1	1	1	17
2	1	1	0	1	1	2	1	10
2	1	1	1	7	1	2	44	15
18	2	1	1	2	2	1	60	60
15	2	1	1	2	1	1	60	30
3	1	1	0	1	2	1	1	12
9	1	1	1	1	2	2	58	20
10	1	1	1	1	1	1	55	11
4	1	1	0	1	1	1	5	12
5	1	1	1	1	2	1	60	52
34	3	1	1	4	2	1	150	54
1	1	2	0	1	1	2	1	58
3	1	2	0	1	2	1	1	90
2	1	1	1	1	2	1	30	63
4	1	1	0	1	2	1	10	40
6	1	1	1	4	2	1	210	50
8	1	1	1	2	2	1	150	30
6	1	2	0	1	1	2	1	12
4	1	2	0	2	2	1	1	5
1	1	2	0	1	1	2	2	42
1	1	1	1	4	2	1	390	30
6	1	2	0	1	2	1	1	37
2	1	1	0	1	1	1	1	13
1	1	2	0	1	1	2	1	47
1	1	2	0	7	1	2	1	15
6	1	1	1	1	2	2	30	35
8	1	2	0	1	1	2	1	34
3	1	1	0	2	2	1	12	8
2	1	1	0	1	2	2	1	8
1	1	2	0	7	1	2	1	11
3	1	2	0	2	2	1	1	23
2	1	3	0	5	1	2	17	24
12	1	2	0	1	1	2	1	33
48	4	1	1	4	2	1	48	25
4	1	1	1	2	2	1	91	19
24	2	1	1	2	2	1	40	13
1	1	3	0	2	2	1	11	17
1	1	3	0	2	2	1	13	9
3	1	2	0	1	1	2	1	20
1	1	2	0	1	1	1	1	19
4	1	1	1	4	2	1	48	35

Lista de espera y oferta para cirugía pulmonar en Hospital Hipólito Unanue

Waiting list and offer for Lung Surgery at the Hipólito Unanue Hospital

Mercedes Salas Lor

Cesar Vallejo University

mercedes_salas86@hotmail.com

Resumen

El servicio de cirugía torácica del Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra con un déficit en sus indicadores hospitalarios y, una mala utilización de sus recursos. El **objetivo** de la presente investigación fue el conocer la lista de espera y la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015. La **metodología** usada fue un estudio cuantitativo, básico, descriptivo, no experimental, transversal; en el cual se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a cirugía pulmonar electiva y se analizaron los indicadores hospitalarios, de consulta externa, hospitalización y del centro quirúrgico para el año 2015. Los **resultados** son: la población que integra la lista de espera para cirugía pulmonar en el Hospital Hipólito Unanue es predominantemente adulta joven, masculina, económicamente activa y con personas que dependen social y económicamente del paciente. La mitad de estos pacientes proviene del interior del país. Los diagnósticos predominantes son enfermedades infecciosas crónicas: hidatidosis pulmonar y las secuelas de la enfermedad tuberculosa. La hemoptisis y la dificultad respiratoria son signos clínicos tomados en cuenta para indicar la hospitalización de los pacientes. El tiempo de espera del paciente desde que es evaluado por primera vez hasta que es operado es de 63 días en promedio. Al evaluar la oferta hospitalaria a través de los indicadores tanto en la consulta externa, en la hospitalización y en el centro quirúrgico, ésta resulta ser deficiente, al compararlos con los estándares establecidos.

Palabras clave: Lista de espera, oferta hospitalaria, cirugía pulmonar.

Abstract

Problem summary: The service of thoracic surgery of the Hospital Nacional Hipolito Unanue meets a deficit in its hospital indicators and misuse of their resources. The objective of this research was to determine what are the characteristics of the waiting list and the hospital offer for Lung Surgery in the National Hospital Hipolito Unanue in Lima. The methodology used is that of a study of quantitative approach, basic type, descriptive level, not experimental, cross; in which we reviewed

the medical records of all patients undergoing elective pulmonary surgery and analyzed hospital indicators, both in outpatient, inpatient and surgical Center by the year 2015. The conclusions are: the population comprising the waiting list for Lung Surgery in the Hospital Nacional Hipólito Unanue is predominantly young, male, adult, economically active and with people who rely on socially and economically from the patient. Half of these patients come from the interior of the country. The predominant diagnoses in patients who are operated on are a result of pulmonary chronic infectious diseases such as pulmonary hydatidosis and the aftermath of tuberculous disease. Hemoptysis and breathlessness are clinical signs taken into account at the time of hospitalization of patients indicate. The total time-out period for the patient since it is evaluated for the first time by the surgeon's chest until it is actually operated is 63 days on average. Evaluating the hospital offer through hospital indicators both in the external consultation, hospitalization and surgical Center, this turns out to be poor, compared with established standards.

Key words: Waiting list, hospital offer, lung surgery.

Introducción.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital público de nivel III-1, y atiende a una población, procedente de Lima y del interior del país, de los cuales aproximadamente el 90% son beneficiarios del seguro integral de salud (SIS). El hospital ofrece el tratamiento quirúrgico de las patologías del tórax, el que se viene realizando desde su fundación en 1949. Se efectúan unas 250 intervenciones quirúrgicas pulmonares al año, entre electivas y de emergencia. Estas cirugías son consideradas mayores y de complejidad mediana y alta, y son escasas las instituciones a nivel nacional en capacidad de realizarlas. Debido a la experiencia y a la capacidad resolutive que en cirugía pulmonar posee, es que existe una demanda importante por parte de la población, para la realización de las siguientes intervenciones quirúrgicas pulmonares: quiste hídático, secuela de la tuberculosis como bronquiectasias, micetoma, pulmón destruido, fibrosis cavitaria, tuberculosis activa; el empiema pleural y los tumores intra torácicos.

El servicio de cirugía torácica del Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra con un déficit en sus indicadores hospitalarios y una mala utilización de sus recursos. Por observación directa y durante los últimos cinco años, se ha detectado: que el tiempo que demora un paciente desde que se diagnostica la enfermedad quirúrgica pulmonar hasta hospitalizarse puede llegar a meses, y esto puede deberse a: la insuficiencia de oferta de citas en consulta externa y a dificultades de contar con cama disponible para la hospitalización. Luego, para ser operado, el paciente espera varias semanas desde que es

hospitalizado; esto trae consigo un déficit en los indicadores de gestión de camas y un promedio de permanencia prolongado.

Esta espera da lugar a la conformación de largas listas, con características no estructuradas en este hospital lo cual trae insatisfacción del usuario respecto a la percepción de la calidad de la atención y, en los casos más extremos, empeoramiento de la enfermedad o muerte.

En el hospital no existe una lista de espera quirúrgica sistematizada y/o estructurada, en donde se refleje una labor de equipo coordinada, entre el centro quirúrgico y los consultorios de las especialidades que hacen cirugía; como sí la hay en otras instituciones nacionales (Es Salud) y en los países más desarrollados (Reino Unido, Alemania, España, Estados Unidos, etc.). Cada servicio o departamento quirúrgico programa sus cirugías de manera aislada y en función de sus necesidades y oportunidades (turnos operatorios); esta programación es administrada por la jefatura médica del Centro Quirúrgico, redactándose en forma diaria, la distribución y asignación de los quirófanos, de los turnos operatorios, de los cirujanos y de los anestesiólogos.

Si se suma el importante volumen de pacientes que acuden a la institución, al hecho de que el servicio de cirugía torácica del hospital Hipólito Unanue es un centro de referencia nacional, se presenta la problemática en la lista de espera para cirugía pulmonar, la cual al ser descrita y analizada, daría inicio a su proceso de solución, teniendo en cuenta que este trabajo podría ser el primer referente en esta institución y también una plataforma sobre la cual podrían gestarse no solamente otros trabajos de investigación sino también opciones de implementación y/o modificación de instrumentos de gestión intra hospitalaria.

(Aguirre y Lungo, 2013) indicó en su tesis indica que es necesario fijar periodos tope para la intervención que sean consensuados, en base al tipo de procedimiento que el enfermo necesita. También se debe de considerar la edad, la presencia de otras enfermedades, el impacto en la opinión pública, los costos socioeconómicos. Todos estos aspectos darán lugar a una correcta gestión en las listas de espera con un nuevo modelo de priorización en donde no sólo se tome en cuenta el tiempo. Así mismo propone que se gestione de mejor manera los quirófanos, para así mejorar las oportunidades a las cirugías prioritarias; y esto deberá ir acompañado de un mejor tratamiento de los indicadores hospitalarios del centro quirúrgico.

(Letelier, 2013) el investigador realizó las siguientes recomendaciones: que los recursos disponibles deben usarse para conseguir que no exista ningún enfermo en lista de espera; que los gestores del establecimiento, son quienes conducen las acciones buscando cumplir las metas que provienen de más arriba; y que la forma de administrar debe buscar centrarse en el paciente y no centrarse en la institución de salud.

(Cisneros, 2010) concluyó que la priorización de la lista de espera se debe hacer en base a criterios médicos claros, a la gravedad de la enfermedad y no sólo al tiempo de espera. También debe ser tomada en cuenta la necesidad social de la persona como por ejemplo el vivir en soledad, el tener bajo responsabilidad a otras personas, el residir en lugares apartados. Para ello propone la sistematización informática de las listas de espera.

(Podesta, 2012) estableció las siguientes sugerencias respecto a las listas de espera: tener un trato más humano con los pacientes; establecer criterios estandarizados para gestionar las listas de espera quirúrgica; caracterizar apropiadamente los desempeños y compromisos de los diferentes niveles de gestión de las listas de espera quirúrgica y por último que se lleven a cabo el monitoreo del funcionamiento y de la calidad de las listas de espera quirúrgica.

(Hermoza, 2006) concluyó que: en relación a la demanda de la red Rebagliati, que hay un mal uso de los cupos ofertados en consulta externa, que la demanda real no llega a superar a la oferta, y que un gran porcentaje de enfermedades podrían y deberían ser resueltas en los centros asistenciales de niveles inferiores. En cuanto a la oferta, existe un déficit de uso de la capacidad instalada en la atención ambulatoria, los centros asistenciales de niveles inferiores no contienen a la demanda, los mayores recursos disponibles para el internamiento de la red Rebagliati están reunidas en el hospital y finalmente que no existe una adecuada gestión de las referencias y de las contra referencias.

Objetivos

Con lo anteriormente mencionado, se planteó el objetivo general de describir las características de la lista de espera y analizar la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar electiva en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Para la consecución de este objetivo general fue necesario caracterizar a los pacientes que conforman la lista de espera de cirugía pulmonar, conocer los tiempos de espera para la hospitalización y los tiempos de espera para la intervención quirúrgica y analizar la

oferta para cirugía pulmonar en consulta externa, hospitalización y centro quirúrgico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Materiales y métodos.

Diseño de estudio.

Según (Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,P, 2006) el presente estudio es de un enfoque cuantitativo, con un alcance de tipo descriptivo (p. 98) El tipo de diseño es no experimental de corte transversal (p. 156) En el que se realizará la revisión de las historias clínicas de los pacientes, para obtener los datos que permitan caracterizar a los pacientes que conforman la lista de espera y a los tiempos de espera. También se realiza la revisión de los archivos de enfermería del centro quirúrgico y de los reportes de la oficina de estadística del hospital, los cuales permitirán conocer los valores de los indicadores hospitalarios para así compararlos con el estándar respectivo. Toda esta información estará referida al año 2015.

Tipo de estudio: Enfoque Cuantitativo, tipo básico, nivel descriptivo

Diseño de investigación: No experimental, transversal.

Población Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente para cirugía pulmonar en forma electiva durante el año 2015 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Variables:

Variable 1: Lista de espera

Dimensión 1: Persona en la lista de espera

Dimensión 2: Tiempo de espera

Variable 2: Oferta hospitalaria

Dimensión 1: Oferta en consulta externa

Dimensión 2: Oferta en hospitalización.

Dimensión3: Oferta en centro quirúrgico.

Instrumentos

Ficha de recolección de datos de la variable 1: lista de espera

Dimensión 1: persona en la lista de espera

INDICADORES:

1.1 edad en años

1.2 sexo masculino femenino

1.3 procedencia lima metropolitana lima provincias fuera lima

1.4 nivel educativo analfabeto-primaria-secundaria-superior

1.5 nivel socioeconómico A B C D E

1.6 estado civil soltero (a) casado/conviviente (a) divorciado/separado(a) viudo (a)

2.4 Intervalo de sustitución

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

Dimensión 3: oferta en cirugía pulmonar en el centro quirúrgico

3.1 Rendimiento de quirófano

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.2 Porcentaje de operaciones suspendidas

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.3 Porcentaje de operaciones de emergencia

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

3.4 Tasa de pacientes reintervenidos

año	en	fe	ma	ab	ma	jun	jul	ag	se	oc	no	di
2015												

La información recopilada será procesada utilizando el software estadístico IBM-SPSS-v22. Se mostrarán las frecuencias, las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión, en tablas, de todos los indicadores de ambas variables.

Resultados**Lista de espera y oferta para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.**

Tabla 1.

Tiempos de espera en días y grado de cumplimiento de los indicadores de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tiempo de Espera		Oferta Hospitalaria		
en días		Lugar de la oferta	indicador	grado de cumplimiento
Tiempo de espera para la hospitalización	29.5	Consulta externa	Rendimiento hora médico	25%
			Uso del consultorio	0%
			Concentración de consultas	17%

			Promedio de permanencia	0.00%
		Hospitalización	Porcentaje de ocupación de camas	42.00%
			Rendimiento cama	0.00%
			Intervalo de sustitución	0%
Tiempo de espera para la programación de la cirugía	23.9	Centro quirúrgico	Rendimiento de quirófano	0.00%
			Porcentaje de cirugías suspendidas	58.00%
			Proporción de cirugías de emergencia	33%
			Tasa de re intervenciones	50%
Tiempo de espera total	63.4	Grado de cumplimiento de los indicadores 18%		

El tiempo de espera para la hospitalización del paciente fue de 29.5 días en promedio y el tiempo de espera para la programación de la cirugía fue de 23.9 días, sumados ambos dan un tiempo de espera total de 63.4 días. El grado de cumplimiento de los indicadores de la oferta hospitalaria para cirugía pulmonar durante el año 2015 son todos valores menores al 60%. Al promediarlos todos ellos, el resultado da un valor de 18%.

Tabla 2.

Características de los pacientes sometidos a cirugía pulmonar en el hospital nacional Hipólito Uanue durante el año 2015.

característica	atributo	valor
Sexo	masculino	53%
	femenino	47%
Edad promedio		32.53
Lugar de procedencia	Lima metropolitana	48.90%
	Lima provincias	4.30%
	otros departamentos	46.80%
Nivel educativo	Analfabeto	4.30%
	Primaria	26.60%
	Secundaria	52.10%
	Superior	17%
Ocupación	Agricultor-pastor	10.60%
	Estudiante	28.70%
	Obrero	30.90%
	Empleado	9.60%
	Ama de casa	20.20%
Estado civil	Soltero	52.10%
	Casado-conviviente	42.60%
	Viudo	1.10%
	Divorciado-separado	4.30%
Grado de dependencia	Sí	31.90%
Personas a su cargo	Sí	52.00%

Forma del ingreso	Consultorio	64.90%
	Emergencia	25.50%
	Transferencia de otro servicio	9.60%
Preoperatorio completo al ingreso	Sí	34.00%
Diagnóstico	Hidatidosis pulmonar	55.30%
	Secuelas de la TBC	28.70%
	Empiema pleural	4.30%
	Tumores	2.10%
Gravedad	disnea	37.20%
	hemoptisis	58.50%

Las personas en la lista de espera para cirugía pulmonar se caracterizan por ser mayormente varones de 35 años de edad en promedio, el 51% de ellos provienen del interior del país, más de la mitad tiene secundaria completa, son obreros en el 31% y 52% solteros. El 32% dependen de otras personas y el 52% tienen personas a su cargo. El 25.5% de los pacientes que se operan en forma electiva han ingresado por emergencia. Solamente el 34% de ellos tenía el estudio preoperatorio completo al ingreso. El 88% de las indicaciones de cirugía son por enfermedades infecciosas crónicas, de ellas la más frecuente la hidatidosis pulmonar. El 37% de los pacientes tenía disnea al ingreso y el 58.5% tuvo algún episodio de hemoptisis.

Análisis de la oferta para cirugía pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015.

Tabla 3

Grado de cumplimiento de los estándares para los indicadores de la oferta para cirugía pulmonar electiva en el hospital nacional Hipólito Unanue año 2015

Lugar de la oferta	indicador	estándar	cumple
Consulta externa	Rendimiento hora médico	4	25%
	Uso del consultorio	2	0%
	Concentración de consultas	5	17%
Hospitalización	Promedio de permanencia	9	0.00%
	Porcentaje de ocupación de camas	90%	42.00%
	Rendimiento cama	3	0.00%
	Intervalo de sustitución	1	0%
Centro quirúrgico	Rendimiento del quirófano	2	0.00%

Porcentaje de cirugías suspendidas	<=5%	58.00%
Proporción de cirugías de emergencia	<=10%	33%
Tasa de re intervenciones	<=2%	50%

En la tabla se aprecia que en la consulta externa el estandar de rendimiento hora médico se cumplió en 25%. El estandar de uso de consultorio se cumplió en 0%. El estandar de concentración de consultas se cumplió en 17%.

Para la hospitalización se observa que el estandar de promedio de permanencia se cumplió en 0%. El estandar de porcentaje de ocupación de camas se cumplió en 42%. El estandar de rendimiento cama se cumplió en 0%. El estandar de intervalo de sustitución Rendimiento de quirófano en 0%.

A nivel del centro quirúrgico se observa que el estandar rendimiento de quirófano se cumplió en 0%. El estándar porcentaje de cirugías suspendidas se cumplió en 58%. El estándar proporción de cirugías de emergencia se cumplió en 33%. Finalmente el estandar de tasa de re intervenciones se cumplió en el 50% del período estudiado.

Discusión.

En países más desarrollados que el nuestro, las listas de espera quirúrgica tienen una estructura, elaborada en base a un conjunto de criterios clínicos y sociales y no solo en base al tiempo de espera. Para (Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O., 2009), y (Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P., 2008); estos criterios incluyen aspectos tales como: el tipo de diagnóstico, la gravedad, las edades extremas, el tener carga familiar, el vivir en zonas apartadas y por supuesto también el tiempo de espera, entre otros. Todos ellos son válidos para permitir una priorización en la atención a los integrantes de dicha lista, dando lugar a una atención oportuna y con equidad en salud.

En el presente estudio se ha encontrado que la población es mayoritariamente adulta joven (32 años) lo cual nos hace dar cuenta de que se trata de pacientes en edad económicamente activa y probablemente con carga familiar.

Con respecto al tiempo de espera total para la intervención quirúrgica el cual incluye el tiempo de espera para la hospitalización y el tiempo de espera para la programación de la cirugía; este fue de 63.4 días. Debido a que es intervenido quirúrgicamente un órgano tan importante para el individuo, como es el pulmón (prioridad

1), los pacientes perciben que estos casos deberían ser operados lo más pronto posible. Autores como (Dominguez, N; López-Pardo,E; Rey, T, 2011) mencionaron que “las indicaciones quirúrgicas de los pacientes en prioridad 1 no deben superar los 30 días” (p.545). Por otro lado (Rodrigo, I y Gabilondo, L., 2007) concluyeron que “la mayoría de los pacientes considera aceptable esperar un mes” (p.168). En el trabajo realizado en un hospital de Chiclayo (Díaz, A y Osada, J., 2015) se encontró que “el tiempo que espera un paciente para recibir atención quirúrgica es de 100 días” (p.204).

En cuanto al sexo, fueron ligeramente en mayor porcentaje los varones (53%) sobre las mujeres; esto discrepa con otros autores como (Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J., 2015) quienes describieron en su trabajo “que la población que constituye la demanda es en mayor proporción de sexo femenino” (p.15), pero hay que tener en cuenta que la mayor parte de los casos que se operan obedecen a enfermedades infecciosas crónicas pulmonares, y parece ser que éstas serían más frecuentes en el sexo masculino.

Al considerar el lugar de procedencia, se observó que casi la mitad de la población del estudio provenía del interior del país. Esto puede ser explicado porque el diagnóstico preponderante en la población estudiada, es la patología hidatídica, es una enfermedad común entre agricultores y pastores, actividades propias de zonas rurales del ande peruano.

Con respecto al nivel educativo, algo más de la mitad tenía el nivel secundario, y un 4% eran analfabetos; siendo este valor más alto que el promedio nacional en el año 2013 que fue de 3.1%. En relación a la ocupación se halló en el presente estudio que un 30% eran obreros, esto nos hace inferir que son enfermos con condiciones sencillas de vida (vivienda, alimentación y grado de instrucción). Para (Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J., 2015) “la mayor proporción de la demanda insatisfecha estuvo en los analfabetos y en aquellos usuarios con ingresos igual o menores al sueldo mínimo” (p.18). Así mismo (Abásolo, I; Negrín-Hernández, M; y Pinilla J., 2014) demostraron “que hay inequidad en el acceso a los servicios especializados y hospitalarios que perjudica a los niveles socio económicos inferiores” (p.11).

Referido a si hay otras personas que dependen de los pacientes en el presente estudio, se ha encontrado que otras personas sí dependen del paciente en el 52% de los casos. Para (Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O., 2009) “los criterios como personas a cargo del paciente o personas que lo ayudan son criterios incluidos en los instrumentos de priorización desarrollados en España” (p. 189). Esto nos debe hacer tener en cuenta la

significancia desde el punto de vista social que tiene el enfermo dentro del entorno familiar.

Al evaluar la forma por la cual ingresa el paciente a hospitalización, se encontró que aproximadamente la tercera parte provenía de la emergencia (26%) y de transferencia de otro servicio (10%). Debido a la afectación del pulmón, un órgano muy importante para el ser humano, los pacientes son rápidamente derivados a nuestro hospital a través de la emergencia por la presencia de hemoptisis o de dificultad respiratoria, signos que son considerados criterios de gravedad. En relación a la presencia de hemoptisis, en el presente estudio, el 58.5% de los pacientes la refirieron que si habían hemoptisado. En cirugía torácica, este signo es el que más frecuentemente mueve a los enfermos a buscar atención médica y a someterse a una intervención quirúrgica y a los cirujanos de tórax a indicar el tratamiento quirúrgico, por el riesgo de muerte que la hemoptisis tiene. Para (Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P., 2008) y (Sampietro-Colom, L; Espallargues, M; Comas, M; Rodríguez, E; Castells, X y Pinto, J., 2006); todos ellos consideran como relevantes la gravedad de la enfermedad al momento de priorizar la lista de espera.

Con respecto al tipo de diagnóstico en la población estudiada, se encontró que mas de la mitad de los casos este fue el de hidatidosis pulmonar, zoonosis producida por la tenia equinococcus cuyo ciclo biológico se encuentra entre perros y ovejas, y perennizado por los malos hábitos de higiene y deficiencias en el beneficio del ganado ovino. Seguido, tenemos a los diferentes tipos de secuelas de la enfermedad tuberculosa. Por ello es pertinente señalar en este momento que las autoridades en salud deberán tomar conocimiento de esto y corregirlo. No es posible que en la actualidad con todos los avances científicos y tecnológicos disponibles, aún tengamos morbilidad importante en el país por enfermedades tan antiguas y sobre todo prevenibles, como estas.

La demanda de la lista de espera quirúrgica pulmonar le corresponde ser atendida por la oferta de los servicios de salud en cirugía de tórax y en el centro quirúrgico. Esta oferta tiene una serie de indicadores para poder ser evaluada (MINSA, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA, 2013). Para (Suarez, E; De Marco, M y Medina, M., 2013) “los indicadores número de cirugías por servicio y periodo, tasa quirúrgica, no resuelven los problemas pero permiten rápidamente conocer desviaciones de las metas propuestas” (sp).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, la oferta en consulta externa se caracterizó por tener indicadores sub óptimos, al compararlo con el estándar, en cuanto a

la utilización del consultorio de cirugía de tórax, a la concentración de consultas en los pacientes, al rendimiento hora médico y al grado de cumplimiento hora médico. Lo primero se explica por la deficiencia en la implementación de turnos de consulta externa en la tarde por falta de personal y lo segundo precisamente porque no hay más atenciones que ofertar que las 16 consultas que se programan por día, por ello los pacientes tienen menos oportunidad de ser evaluados por el especialista en cirugía de tórax. Según el estudio de (Monge, A; Murillo, G; Calderón, A; Vega, A y Aguilar, A., 2014) existe “falta de estímulo para el trabajo según productividad; ausencia de un mecanismo de competencias” (p. 74). Si bien es cierto que los otros indicadores fueron sub óptimos, éstos son considerados por los entendidos en gestión de servicios de salud, como de valores aceptables al compararlos con el estándar.

En cuanto a la oferta en hospitalización, volvemos a encontrar valores sub óptimos en los indicadores: el tiempo de permanencia y el intervalo de sustitución tuvieron altos grados de no cumplimiento (100%). En el trabajo publicado por (Morera-Salas, 2014) se encontró que “el 83% de los hospitales tiene más de un servicio con estancias superiores a las esperadas” (p. 112)

El porcentaje de ocupación de camas mostró un grado de cumplimiento de 42%. La explicación para estos hallazgos estaría en relación a: primero el hecho de que muchos de los pacientes tienen condiciones clínicas desfavorables que deben ser compensadas primero; ya que éstos pacientes no son compensados adecuadamente en su hospital de menor nivel, lo que coincide con lo mencionado por (Morera-Salas, 2014) al indicar que “los hospitales de baja complejidad no poseen una función de producción adecuada para resolver una serie de eventos que no deberían atenderse en centros de alta complejidad” (p. 112). El hospital Hipólito Unanue es un centro de alta complejidad y se ve obligado a atender primero los problemas infecciosos y de desnutrición que los pacientes traen, antes de realizar el procedimiento quirúrgico.

Por ser los pacientes portadores de enfermedades que afectan el aparato respiratorio con hemoptisis o dificultad respiratoria, estos se hospitalizan por el riesgo de morbimortalidad que éstos síndromes tienen. En el trabajo publicado por (Barrasa, J; Broto, Ana; Ortega, M; Ramírez, M; Astier, P y Castán, S., 2005), concluyeron que “cuatro de cada 1000 pacientes fallecen mientras esperan en lista de espera quirúrgica LEQ, sobre todo varones de edad avanzada y en intervenciones de carácter preferente” (p. 199).

En el centro quirùrgico, en el presente estudio, se encontraron tambièn valores sub òptimos en los indicadores correspondientes: el rendimiento promedio de quiròfano fue de 0.89 cuando el valor estàndar en este tipo de cirugìas deberìa ser de dos; el porcentaje de operaciones suspendidas tuvo un valor promedio de 8.3% cuando el valor estàndar es de 5%; el porcentaje de operaciones de emergencia encontrado fue de 16% cuando el estàndar es del 10% y finalmente la tasa de reintervenciones (indicador de calidad) fue de 3.2% comparado con el estàndar de 2%. El tener un menor rendimiento de quiròfano da lugar a una menor oferta de turnos operatorios lo que explica el tiempo de espera prolongado para la intervenciòn quirùrgica, asì como a que en el cociente cirugìas de emergencia dividido con cirugìas programadas, este ùltimo, el denominador al ser menor, hace que el resultado sea de un valor alto. Todas las intervenciones quirùrgicas de emergencia realizadas por cirugìa de tòrax, tienen bien indicada su realizaciòn, por lo tanto lo que se debe de incrementar es el nùmero de cirugìas programadas, osea de turnos operatorios para cirugìa pulmonar. Para el mismo estudio antes mencionado de (Monge, A; Murillo, G; Calderòn, A; Vega , A y Aguilar, A., 2014) existe un “uso ineficiente de la infraestructura y equipamiento: los quiròfanos no se usan después de las 2:00 pm y mal equipamiento” (p. 74).

Conclusiones

La poblaciòn que integra la lista de espera para cirugìa pulmonar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es predominantemente adulta joven, masculina, econòmicamente activa y con personas a cargo que dependen socialmente del paciente.

La mitad de estos pacientes proviene del interior del paìs.

Los diagnòsticos predominantes causa de la intervenciòn quirùrgica son consecuencia de enfermedades infecciosas crónicas: la hidatidosis pulmonar y las secuelas de la enfermedad tuberculosa pulmonar.

El tiempo de espera total del paciente desde que es evaluado por primera vez por el cirujano de tòrax hasta que es efectivamente operado es de dos meses en promedio.

La hemoptisis y la dificultad respiratoria se relacionan con un tiempo menor para realizar la hospitalizaciòn de los pacientes.

La oferta hospitalaria instaurada en la consulta externa el Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente, para atender a la demanda para cirugìa pulmonar electiva.

La oferta hospitalaria instaurada en la hospitalización en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente para atender a la demanda para cirugía pulmonar electiva.

La oferta hospitalaria instaurada en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Hipólito Unanue es deficiente para atender a la demanda para cirugía pulmonar electiva.

Referencias.

- Abásolo, I; Negrín-Hernández, M; y Pinilla J. (2014). Utilización y tiempos de espera: dos vertientes inseparables del análisis de la equidad en el acceso al sistema sanitario público. *Review of Public Economics.*, 208(1), 11.
- Aguirre y Lungo. (2013). *Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía en la especialidades de ortopedia, oftalmología, y cirugía general en el Hospital Monseñor sanabria*. San José de Costa Rica: ICAP.
- Allepuz,A; Espallargues, M; Martinez,O. (2009). Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.*, 24(5), 185-191.
- Arredondo,A y Recaman, A. (2002). *Oferta vs demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud*. (Vol. 8). Mexico: Instituto de salud pública de México.
- Barrasa, J; Broto, Ana; Ortega, M; Ramírez,M; Astier, P y Castán, S. (2005). Mortalidad en la lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. *Rev Calidad Asistencial.*, 20(4), 199-203.
- Cisneros, M. (2010). *Priorización de listas de espera de cirugía para la gestión de pabellones quirúrgicos del hospital pediátrico dr. Exequiel González Cortés*. Santiago: Universidad de Chile.
- Díaz, A y Osada, J. (2015). Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*, 32(1), 191-204.
- Dominguez, N; López-Pardo,E; Rey, T. (2011). Intervención para reducir la variabilidad de las indicaciones quirúrgicas y la lista de espera de pacientes con prioridad 1. *Gac Sanit*, 6(25), 545-548.
- Hermoza, M. (2006). *Análisis de la demanda en relación con la oferta de los servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la seguridad social (ESSALUD)*. . Lima: Biblioteca de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,P. (2006). *Metodologia de la investigación* (Cuarta ed.). Mèxico: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Letelier, A. (2013). *Situación y abordaje de lista de espera en el centro de referencia de salud Maipú*. Santiago de Chile: Universidad Mayor Escuela de Salu Pública.
- MINSA. (2009). *www.minsa.gob.pe*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
- MINSA. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. LIMA: OGEI MINSA.
- Monge, A; Murillo, G; Calderón, A; Vega , A y Aguilar, A. (2014). Listas de espera. *Acta Médica Costarricense*, 56(2), 71-77.
- Morera-Salas, M. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 56(3), 109-114.
- Neciosup, J; Condori-Velásquez, J y Soriano-Díaz, J. (2015). Factores asociados a la demanda insatisfecha en la consulta externa de un hospital de Ica, 2015. *Rev méd panacea*, 5(1), 15-19.
- Pérez, J. (31 de mayo de 2015). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/7cdpytyagpyo/oferta-y-demanda-en-los-servicios-de-salud/>
- Podesta, L. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte.TESIS Para obtener el Grado Académico de Magister de Gerencia de Servicios de Salud con mención en Seguros y Seguridad Social en Salud*. Lima: Sistema Bibliotecas Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Robledo, H. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *CONAMED*, 17(4), 172-175.
- Rodrigo, I y Gabilondo, L. (2007). Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*, 22(4), 168-79.
- Rodríguez, E; Alvarez B y Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicancias. 24(3), 702-707.
- Saboya, I. (2005). *Gestión de servicios hospitalarios públicos. Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Sampietro-Colom, L; Espallargues, M; Comas, M; Rodríguez, E; Castells, X y Pinto, J. (2006). Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gac Sanit*, 20(5), 342-51.
- Suarez, E; De Marco, M y Medina, M. (2013). Indicadores de productividad en hospitales en San Miguel de Tucumán. *AJOICAN*(11).